Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

34 104 Langdurige zorg

33 891 Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Nr. 65

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 9 juli 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 februari 2015 over de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 (Kamerstuk 34 104/34 891, nr. 20).

De vragen en opmerkingen zijn op 27 maart 2015 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 8 juli 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

kst-34104-65
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Inhoudsopgave **blz.**

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	9

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief «Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015». Graag reageren genoemde leden op deze brief met de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn verbaasd dat zij pas op 23 februari 2015 de beleidskaders krijgen toegestuurd, dit terwijl de datum op de beleidsregels 12 december 2014 is. Was het wellicht niet eerder mogelijk de stukken te sturen of is er iets misgegaan in het proces? Graag ontvangen zij een reactie. Deze leden krijgen graag de garantie dat dergelijke stukken in de toekomst eerder naar de Kamer worden gestuurd.

De leden van de SP-fractie vinden het zeer ongewenst dat voor de Wet langdurige zorg (Wlz) besloten is om de indicatie door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) te laten uitvoeren en zij hebben hierover dan ook een aantal vragen. Waarom is de rol van de professional in de indicatiestelling niet méér van belang? Is het niet veel beter om de professional, die de kennis en kunde heeft om te kunnen indiceren, deze taak te geven? Het is immers de professional die dag en nacht met zijn/haar patiënten samenleeft. Deze leden vragen om een uitgebreide toelichting waarom ervoor gekozen is de indicatiestelling door het CIZ te laten uitvoeren. Is er soms sprake van een georganiseerd wantrouwen jegens de professional? Tevens willen genoemde leden graag weten op welke wijze het CIZ de indicatiestelling uitvoert. Zij vragen daarbij om de garantie dat het CIZ (minstens) daadwerkelijk bij de mensen thuis gaat kijken en hen serieus onderzoekt en dat het CIZ de indicatiestelling niet afstandelijk, bijvoorbeeld via de telefoon, afhandelt. De leden van de SP-fractie vinden het namelijk essentieel dat er bij de indicatiestelling sprake is van maatwerk leveren richting de patiënt. Genoemde leden vragen daarom om een uitgebreide toelichting op de toegevoegde waarde van het CIZ in de indicatiestelling, in het besef dat deze taak veel beter door professionals uitgevoerd kan worden. Ook ontvangen deze leden graag antwoord op de volgende vragen. Hoeveel geld krijgt het CIZ voor het jaar 2015 om deze taak uit te voeren? Welke kosten zijn er gemoeid met de overgang van het indiceren van de AWBZ naar de Wlz? Zet het CIZ hier bijvoorbeeld andere software of meer personeel voor in? Hoe is de privacy geregeld en aan welke privacy-voorwaarden is het CIZ gebonden? Weten op dit moment alle mensen die binnen de Wlz vallen waar zij aan toe zijn (in ieder geval voor 2015)? Weten zij allen wat de gevolgen voor hen persoonlijk zijn van alle veranderingen die zijn doorgevoerd op 1 januari 2015? Heeft het CIZ iedereen voldoende geïnformeerd? Het CIZ registreert, voor zover dat bekend is, wat de voorkeursleverancier is van de verzekerde. De leden van de SP-fractie worden graag geïnformeerd over de partijen waarmee het CIZ deze informatie deelt. Worden bijvoorbeeld de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars of de zorgkantoren hiervan op de hoogte gesteld? Zijn mogelijke resultaten hiervan bijvoorbeeld de wachtlijsten en de zogenaamde wenswachtenden?
De werkwijze van het CIZ om cliënten die een aanvraag niet of nauwelijks kunnen ondertekenen een kruisje te laten zetten roept vragen op. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een reactie. Klopt het dat deze werkwijze haaks staat op de regels rond vertegenwoordiging van

wilsonbekwame cliënten? Zo ja, worden hierop acties ondernomen in de richting van het CIZ?

Vervolgens vragen de leden van de SP-fractie of de Staatssecretaris de mening deelt dat een goede indicatie en de daarbij behorende financiën niet voldoende zijn voor continuïteit en kwaliteit van zorg, en dat voor die continuïteit van zorg ook vaste mensen/vaste gezichten nodig zijn. Klopt het dat iedereen geherindiceerd wordt? Genoemde leden vragen welke kosten deze herindicatie met zich meebrengt en of het wel wenselijk is dat iedereen geherindiceerd wordt.

Bij het modulair pakket thuis (mpt) is het mogelijk dat er meer zorg geïndiceerd wordt dan dat er daadwerkelijk wordt gebruikt. Klopt deze conclusie van de leden van de SP-fractie? In hoeverre vindt de Staatssecretaris dit een wenselijke situatie, zo vragen deze leden. Hoe vaak komt dit voor en hoe wordt hiermee omgegaan?

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is in principe onbepaald, maar een aantal situaties is hiervan uitgezonderd. Er is besloten de moeilijke (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapten ((SG)LVG) doelgroep, juist de groep die een grote behoefte heeft aan continuïteit, uit te sluiten. Voor deze doelgroep geldt een maximale geldigheidsduur van de indicatie van drie jaar. De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over dit besluit. Leidt het elke drie jaar opnieuw herindiceren niet gelijk tot ontwrichting binnen deze groep, zo vragen deze leden. Is het wel wenselijk om deze doelgroep iedere drie jaar te herindiceren? Het is toch juist de vastigheid, de stabiliteit en de rust die leiden tot verbetering voor deze doelgroep; als deze vastigheid elke keer opnieuw wordt weggehaald leidt dat toch tot grote problemen? Genoemde leden vragen vervolgens of er bij deze groep, of bij andere sterk gedragsgestoorden, bepaalde jojo-effecten zichtbaar zijn (zij krijgen drie jaar behandeling volgens indicatie, bij herindicatie gaat het goed en de indicatie wordt (sterk) naar beneden bijgesteld, de patiënt krijgt onvoldoende zorg en de problemen verergeren waardoor bij een nieuwe herindicatie wederom drie jaar later de indicatie voor zorg weer (sterk) naar boven bijgesteld moet worden).
Als het gaat om de herstelgerichte behandeling is de maximale geldigheidsduur van de indicatie zes maanden. Wat gebeurt er dan precies als iemand zeven maanden revalidatie nodig blijkt te hebben? Welke problemen levert deze maand extra revalidatie op? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting. Wie heeft vastgesteld dat het maximum aantal maanden zes moet zijn voor de herstelgerichte behandeling en op basis waarvan is het aantal maanden vastgesteld, zo vragen de leden van de SP-fractie. Vervolgens vragen deze leden wat de maximale lengte is van een indicatie voor palliatieve zorg. Worden deze indicaties nog steeds voor een jaar afgegeven?

De leden van de SP-fractie ontvangen signalen dat er bij het indiceren binnen de Wlz onvoldoende rekening is gehouden met de volgende twee doelgroepen: zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en zwaar gehandicapten die in een Fokuswoning wonen en tegelijkertijd aangewezen zijn op extramurale zorg. Zijn deze signalen bekend? De Staatssecretaris heeft eind vorig jaar besloten dat deze groep binnen de Wlz valt. Echter, nu ontstaat de situatie dat mensen binnen deze doelgroepen een aanvraag bij het CIZ hebben gedaan voor een uitbreiding van het persoonsgebonden budget (pgb), maar dat het CIZ alleen in zorgprofielen kan indiceren (niet meer in klassen of uren), en men een zorgprofielindicatie alleen nog krijgt als men in een instelling woont, wat voor deze groepen dus niet opgaat. Is dit inderdaad het geval, zo vragen deze leden. Genoemde leden vinden dit namelijk een zeer vreemde situatie en zij

vragen een uitgebreide toelichting op de wijze waarop het CIZ deze groepen indiceert. Wordt er in de indicatiestelling Wlz voldoende rekening gehouden met zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en meer dan 25 uur per week zorg nodig hebben, zo vragen zij. Welke regels gelden hier precies en wat is voor deze situatie de oplossing?

De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook liggen vóór de datum van het indicatiebesluit. Omdat een aanvraag voor een indicatie zes weken kan duren, lijkt dit soms een wenselijke situatie. Is het daarmee voldoende gegarandeerd binnen de beleidsregels dat snelle/acute (en tijdelijke) zorg indien nodig mogelijk is? De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoe vaak het voorkomt dat de ingangsdatum van de indicatie vóór het besluit ligt en wat de gevolgen voor de doorlooptijd zijn. Genoemde leden vinden het overigens überhaupt niet wenselijk dat een indicatie wordt afgegeven voordat duidelijk is wat er precies qua zorg nodig is. Is het niet beter de indicatie gaandeweg vast te stellen, wanneer duidelijk is geworden aan welke zorg of ondersteuning behoefte is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie.

Er wordt gesproken over een ernstig nadeel. In de tekst staat: «Uit de memorie van toelichting blijkt dat bij «ernstig nadeel voor de verzekerde» sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.» De leden van de SP-fractie vragen hoe vastgesteld wordt dat er sprake is van een ernstig nadeel, en wie vaststelt dat er sprake is van een ernstig nadeel. Kan de Staatssecretaris een drietal voorbeelden geven die op het scheidsvlak liggen van wel en geen ernstig nadeel, en kan hij daarbij ingaan op de alternatieven die voor de verzekerde beschikbaar zijn? Is er bij het vaststellen van ernstig nadeel voldoende aandacht voor senioren, bij wie bijvoorbeeld het risico bestaat dat zij zich (ernstig) verwaarlozen?

De oude zorgzwaartepakketten brachten problemen met zich mee. De leden van de SP-fractie zijn erg benieuwd in hoeverre er nu daadwerkelijk geheel van de zorgzwaartepakketten is afgestapt of zijn de nu benoemde zorgprofielen wellicht verkapte vormen van zorgzwaartepakketten? Welke verbeteringen en veranderingen ten opzichte van zorgzwaartepakketten zijn er precies in de zorgprofielen te zien, zo vragen deze leden.
In de toelichting wordt aangegeven dat de «Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014» zijn komen te vervallen en nu de «Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015» gaan gelden en dat deze nieuwe beleidsregels minder omvangrijk zijn geworden. De leden van de SP-fractie vragen om een helder overzicht van de belangrijkste en meest wezenlijke inhoudelijke verschillen tussen de nieuwe beleidsregels indicatiestelling en de oude beleidsregels indicatiestelling.

Ten slotte hebben de leden van de SP-fractie nog een aantal vragen. Is het correct dat er een lacune bestaat als het gaat om de zorg voor LVB-cliënten vanaf 23 jaar met een nieuwe of een aflopende indicatie? En dat er tevens een knelpunt bestaat voor 18- tot en met 22-jarigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen en/of verslaving (dubbele grondslag)? Klopt het, zo vragen genoemde leden, dat deze groep niet in aanmerking komt voor de Wlz maar ook niet voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? Welke vormen van beschermd en begeleid wonen, alsmede van behandeling in het kader van ontwikkeling, kunnen geïndiceerd worden voor jongeren (met en zonder

kinderen) met licht verstandelijke beperkingen van 18 tot en met 22 jaar en vanaf 23 jaar, zowel in de Wmo als in de Wlz?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsregels indicatiestelling Wlz. Hoewel de beleidsregels ter kennisneming naar de Kamer zijn gezonden willen zij wel gebruikmaken van de mogelijkheid hier verduidelijkende vragen over te stellen, temeer daar de Staatssecretaris tijdens de behandeling van de Wlz deze ter bespreking aan de Kamer zou sturen.

Pagina 2
De definitie van «blijvende zorgbehoefte» impliceert dat mensen met een tijdelijke zorgbehoefte zich moeten richten tot de gemeente. Of kunnen deze mensen vallen onder het zorgprofiel «herstelgerichte behandeling V&V» (pagina 5)? Wanneer valt een zorgvrager onder de ene wet en wanneer onder de andere? Onder de AWBZ waren de eerste drie maanden persoonlijke verzorging toch gebruikelijke zorg? Hoe zit dat nu voor verstandelijk gehandicapten, visueel beperkten en mensen met een ggz-stoornis?

Pagina 3
Bij het criterium «24 uur per dag zorg in de nabijheid» geldt dat de cliënt niet in staat is om zelf hulp in te roepen indien nodig om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.
Vervolgens bepaalt artikel 3.2.1.2 Wlz dat onder ernstig nadeel onder meer wordt verstaan dat als gevolg van fysieke of zware regieproblemen er een situatie kan ontstaan waarin de cliënt onder meer zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten en zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen. Kan de Staatssecretaris dit meer duiden? Mensen die zich dreigen te verwaarlozen zien dat niet altijd zelf als een ernstig nadeel toebrengen. Hoe vaak per dag moet poolshoogte genomen worden om in aanmerking te komen voor een Wlz-indicatie?

Pagina 5
De datum ingang geïndiceerde functie kan in beginsel wel liggen na, maar niet voor de datum indicatiebesluit. Wat betekent dit voor mensen die acuut Wlz-zorg nodig hebben, die ook krijgen omdat een zorginstelling haar verantwoordelijkheid neemt maar niet vallen onder de cumulatieve voorwaarden zoals genoemd in paragraaf 1.4? Een antwoord dat het financiële risico hiervan voor de zorginstelling is, kan niet ongemotiveerd gegeven worden.

Pagina 6
De situatie dat een mantelzorger uitvalt door overlijden komt niet zelden voor. Deze gebeurtenis kan leiden tot een situatie waarin direct sprake is van het toepasbaar zijn van Wlz-indicaties. Is de Staatssecretaris het met de leden van de CDA-fractie eens dat het onverkort vasthouden van deze voorwaarde tot dramatische situaties kan leiden en dus reden is om de ingangsdatum van het indicatiebesluit wel vroeger te leggen? Zo nee, waarom niet?

Pagina 6, paragraaf 1.5
Over de aanvullende informatie kan geen bezwaar worden aangetekend. Onder aanvullende informatie valt de leveringsvorm, zoals pgb, volledig pakket thuis (vpt), mpt en zorg in natura met verblijf (zie pagina 7). Waar kan een zorgaanvrager bezwaar aantekenen wanneer een verzoek om een pgb niet gehonoreerd wordt? Als dit het zorgkantoor is, kan het gebeuren dat een zorgvrager indien deze het zowel met het indicatiebesluit als met

de leveringsvorm oneens is, twee keer bezwaar moet aantekenen bij twee verschillende instanties. Klopt deze analyse? Zo nee, hoe zit het dan? Zo ja, vindt de Staatssecretaris dat cliëntgericht?

Pagina 8
Op schriftelijke vragen van het lid Keijzer antwoordde de Staatssecretaris dat «het nog op een knop kunnen drukken» geen indicatiecriterium is voor de Wlz. Onder 3 (afwegingskader) staat vermeld: Oordeel of verzekerde is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat «hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen». Is de Staatssecretaris bereid het CIZ nadrukkelijk te informeren dat dit niet betekent dat wanneer een zorgvrager nog op een knop kan drukken hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen?

Pagina 11
Onder het kopje «wettelijke voorzieningen» staat vermeld dat deze zorg door het verantwoordelijke orgaan geregeld kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen hoe deze zinsnede zich verhoudt tot het feit dat gemeenten in het kader van de Wmo en de Jeugdwet veel vrijheid hebben dit lokaal in te vullen. Deze leden vragen specifiek hoe dit in relatie staat tot dagbesteding en hulp bij het huishouden. Als de gemeente dit minder gaat verstrekken in verband met de opgelegde bezuinigingen dan zullen mensen eerder een beroep doen op de Wlz. Kan de Staatssecretaris schetsen hoe het een en ander gewogen gaat worden?
De ene gemeente biedt immers een hoger voorzieningenniveau dan de andere gemeente en in veel gemeenten is het inkomen leidend bij het toekennen van voorzieningen, en niet de mate van de beperking.

Pagina 12
In de tweede alinea geven de beleidsregels aan dat het aangrijpingspunt gaandeweg verschuift van de medische zorg naar gehandicaptenzorg. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Staatssecretaris ervoor kiest deze overgang bij de leeftijd van vijf jaar neer te leggen. Dat hangt toch niet van een bepaalde leeftijd af, zo vragen deze leden. Volgens genoemde leden hangt het meer af van de handicap, prognose en ontwikkeling van het kind. Kan de Staatssecretaris dit verduidelijken?

Pagina 12
Onder het kopje «palliatieve terminale thuiszorg» staat duidelijk aangegeven dat palliatieve zorg voor mensen met een Wlz-indicatie binnen de Wlz beschikbaar is. Toch hebben de leden van de CDA-fractie uit het veld en van burgers mails ontvangen waaruit blijkt dat voor mensen in de palliatieve fase met een Wlz-indicatie deze zorg niet voorhanden is. Of dat een instelling geen Wlz-zorg kan bieden. Dat leidt er ook toe dat ziekenhuisbedden langer bezet blijven omdat er geen palliatieve «zorgplek» voorhanden is. Hoort de Staatssecretaris deze signalen ook en hoe borgt hij palliatieve plaatsen in Wlz-instellingen? De leden van de CDA-fractie zijn zeer verheugd dat de Staatssecretaris dit in de wet heeft geregeld maar het leidt er in praktijk toch toe dat mensen hun laatste palliatieve fase in een andere instelling moeten doorbrengen. Dat is toch niet de bedoeling van de Staatssecretaris, zo vragen deze leden.
Verder zien de leden van de CDA-fractie problemen met de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) op dit terrein. Zoals al eerder bekend (ook bij kleinschalige wooninitiatieven gefinancierd door middel van het pgb) is er ook een probleem bij hospices die geen WTZi-toelating hebben. Deze leden weten dat de Staatssecretaris dit probleem ziet maar zij vragen of hij al een oplossing voor dit probleem heeft en of ook de hospices hierbij worden meegenomen.

Pagina 13
De leden van de CDA-fractie denken dat de afweging wanneer er permanent toezicht nodig is niet in elke situatie hetzelfde is. In hoeverre wordt hiermee bij de indicatiestelling rekening gehouden? Als er een mantelzorger aanwezig is kan dit ook weer anders zijn dan als er geen mantelzorger aanwezig is (iemand is bijvoorbeeld alleenwonend). Kan de Staatssecretaris uiteenzetten hoe dit gewogen gaat worden?

Pagina 15
In de eerste alinea van pagina 15 stelt de Staatssecretaris dat bij kinderen met een beperking (enige) ontwikkeling mogelijk is. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie maar zij vragen hierbij wel of de Staatssecretaris enige ontwikkeling kan duiden want het is deze leden nog steeds niet helemaal duidelijk wanneer kinderen nu onder de Wlz vallen en wanneer zij zijn aangewezen op andere wettelijke voorzieningen dan de Wlz.

Pagina 15
In de onderstaande alinea van pagina 16 wordt gesproken over een dominante grondslag. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er wordt gekozen voor een dominante grondslag. Soms is dat namelijk zeer lastig vast te stellen. Is de Staatssecretaris niet huiverig voor het feit dat er een theoretische keuze wordt gemaakt voor iets dat in praktijk veel complexer is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op dit punt.

Pagina 16
Onder het kopje «Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel» staat niet expliciet de groep LG vermeld, mensen met een lichamelijke beperking. Waarom niet, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Pagina 18
Op pagina 8 van de memorie van toelichting van de Wlz stond dat 18–23-jarigen met een LVB onderdeel uitmaken van de Wlz. De budgetten zijn geraamd en de contractering is rond. Het CIZ indiceert echter niet. Waar is dit op gebaseerd?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de regeling van de Staatssecretaris houdende beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015. De beleidsregels volgens welke het CIZ vaststelt in hoeverre de verzekerde is aangewezen op een of meer van de in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Het verbaast deze leden dat de hogere zorgzwaartepakketten ontbreken. Welke verklaring heeft de Staatssecretaris hiervoor?

Bij ernstig nadeel van de verzekerde moet er sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Kan de Staatssecretaris enkele voorbeelden geven van deze reële risico's en vaak voorkomende gevaren die acceptabel zijn? Vallen onderstaande situaties daar ook onder:
– toenemend aantal branden;
– nachtelijk ronddwalen over straat;
– verstoord dag-nachtritme;
– verwaarlozing;

– ondervoeding?

Is de Staatssecretaris van mening dat niet alleen zware fysieke beperking een reden is voor Wlz-indicatie, maar dat ook mensen die zich dreigen te verwaarlozen of zich te gronde dreigen te richten, aanspraak kunnen maken op een Wlz-indicatie? Zo nee, waarom niet?

Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan. Hiervoor is onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal nodig, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Met de huidige technologische ontwikkelingen is de verwachting dat dit toezicht steeds vaker met camera's op afstand zal plaatsvinden. Ook bij nachtelijk toezicht. Welke eisen stelt de Staatssecretaris hieraan? Hoeveel personeel moet er 's nachts beschikbaar zijn op locatie bij een groep om bij escalatie of ontsporing van gedrag in te grijpen? Is de Staatssecretaris van mening dat het dragen van een alarmkastje een vorm van 24 uur per dag zorg in de nabijheid is?

Wat wordt verstaan onder de beschikbaarheid van zorg en toezicht 24 uur per dag in de nabijheid, wanneer iemand met een Wlz-indicatie kiest om zelfstandig in de eigen woning te blijven wonen? Kan de Staatssecretaris hier minimaal drie voorbeelden van geven? Wat wordt verstaan onder en is een acceptabel tijdsbestek voor tijdig ingrijpen in de thuissituatie bij de beschikbaarheid van zorg en toezicht van 24 uur per dag in de nabijheid om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen? Welke afstand is acceptabel voor de nabijheid van zorg en toezicht 24 uur per dag om ernstig nadeel van de verzekerde te voorkomen? Het beleid is erop gericht ook mensen met een zwaardere zorgvraag zoveel mogelijk thuis te houden. Welke concrete acties zijn er op dit moment om dit te bewerkstelligen? Zijn er concrete bouwplannen voor seniorenwoningen/beschutte woonvormen? Zo ja, welke? Is het tekort aan seniorenwoningen afgenomen?

Klopt het dat er op dit moment een continuïteitsprobleem in de zorgverlening ontstaat bij mensen die intramurale herstelzorg nodig hebben? Wordt er op dit moment onnodig gebruik gemaakt van dure ziekenhuisbedden omdat er niet genoeg verpleeg/verzorgingsplekken zijn? Op welke wijze gaat de Staatssecretaris deze zorg garanderen? Waar gaat de Staatssecretaris deze mensen plaatsen?

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoeveel mensen die voor intramurale herstelzorg in aanmerking komen, nu al geïndiceerd worden voor de veel duurdere geriatrische revalidatiezorg en herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

Van Patiëntenfederatie NPCF hebben de leden van de PVV-fractie begrepen dat er problemen zijn met het afgeven van spoedindicaties Wlz bij mensen die voorafgaand aan de spoedsituatie geen Wlz-indicatie hadden. Deze mensen krijgen moeilijk toegang tot zorg met verblijf terwijl het hier een spoedindicatie betreft. Wordt het knelpunt herkend dat een regeling voor spoed in de reguliere Wlz en de subsidieregeling eerstelijns verblijf ontbreekt waardoor het moeilijk is voor cliënten om in een acute situatie snel goed terecht te kunnen? Welke knelpunten zijn er nog meer die tot terughoudendheid bij zorgaanbieders leiden en die snelle (tijdelijke) levering van zorg belemmeren? Wat wordt er gedaan om de afstemming tussen bovengenoemde regelingen te verbeteren zodat cliënten snel op de goede plek terecht kunnen? Bieden de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 voldoende ruimte voor waar nodig snelle tijdelijke levering van zorg?

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is bepaald op maximaal drie jaar. Hoe is de Staatssecretaris tot deze conclusie gekomen? Hoe zijn de resultaten uit het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) met de indicaties afgegeven voor onbepaalde tijd hierin meegenomen? Welke gevolgen heeft dit voor de bureaucratie?

De leden van de PVV-fractie vragen wat de definitie is van verdragsgerechtigden die het Ministerie van VWS hanteert en hoeveel verdragsgerechtigden op dit moment gebruikmaken van de Wlz.

Het CIZ oordeelt en beslist over een aanvraag van zorg binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag hiervoor is ingediend. De datum geïndiceerde functie kan in beginsel wel liggen na, maar niet voor de datum indicatiebesluit. Uitzonderingen hierop zijn onder meer de ERAI-instellingen. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd hoe het de instellingen vergaat die in het verleden het mandaat gekregen hebben om zelf (her)indicaties te stellen. Wat is er voor hen veranderd per 1 januari 2015? Worden andere instellingen in de gelegenheid gesteld om deze ERAI-werkwijze over te nemen? Zo nee, waarom niet? Waarom moeten zij wel zes weken wachten op een besluit van het CIZ?

Kan de Staatssecretaris een overzichtelijk schema aanleveren van de nieuwe zorgprofielen met daarbij de leveringsvormen, uren en kosten, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Het CIZ zal meer gesprekken face to face laten plaatsvinden. Hoeveel indicaties zijn er tot op heden vastgesteld in een persoonlijk gesprek? Hoeveel telefonisch en hoeveel enkel op basis van ingevulde formulieren? Het was toch de bedoeling dat «alle» indicaties face tot face zouden worden vastgesteld? Waarom is hiervan afgezien?

In de genoemde vierpuntschaal wordt gesproken over hulp. De leden van de PVV-fractie vragen of het hier professionele hulp betreft.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie zijn verbaasd dat zij pas op 23 februari 2015 de beleidskaders krijgen toegestuurd, dit terwijl de datum op de beleidsregels 12 december 2014 is. Was het wellicht niet eerder mogelijk de stukken te sturen of is er iets misgegaan in het proces? Graag ontvangen zij een reactie. Deze leden krijgen graag de garantie dat dergelijke stukken in de toekomst eerder naar de Kamer worden gestuurd.

De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 zijn op 29 december 2014 bekendgemaakt door publicatie in de Staatscourant. Er is geen specifieke reden waarom deze beleidsregels in februari 2015 zijn toegezonden. Ik zal u dergelijke stukken in het vervolg eerder toezenden.

De leden van de SP-fractie vinden het zeer ongewenst dat voor de Wet langdurige zorg (Wlz) besloten is om de indicatie door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) te laten uitvoeren en zij hebben hierover dan ook een aantal vragen. Waarom is de rol van de professional in de indicatiestelling niet méér van belang? Is het niet veel beter om de professional, die de kennis en kunde heeft om te kunnen indiceren, deze taak te geven? Het is immers de professional die dag en nacht met zijn/haar patiënten samenleeft. Deze leden vragen om een uitgebreide toelichting waarom ervoor gekozen is de indicatiestelling door het CIZ te laten uitvoeren. Is er soms sprake van een georganiseerd wantrouwen

jegens de professional? Tevens willen genoemde leden graag weten op welke wijze het CIZ de indicatiestelling uitvoert. Zij vragen daarbij om de garantie dat het CIZ (minstens) daadwerkelijk bij de mensen thuis gaat kijken en hen serieus onderzoekt en dat het CIZ de indicatiestelling niet afstandelijk, bijvoorbeeld via de telefoon, afhandelt. De leden van de SP-fractie vinden het namelijk essentieel dat er bij de indicatiestelling sprake is van maatwerk leveren richting de patiënt. Genoemde leden vragen daarom om een uitgebreide toelichting op de toegevoegde waarde van het CIZ in de indicatiestelling, in het besef dat deze taak veel beter door professionals uitgevoerd kan worden.

Ik hecht aan een onafhankelijke, deskundige en uniforme indicatiestelling door het CIZ, zoals tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Langdurige zorg (Wlz) toegelicht. Het indiceren voor zorg op grond van de Wlz is een afweging die meerdere aspecten kent. De zorg die Wlz-cliënten nodig hebben is zwaar en complex, omdat in beginsel sprake is van permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. De benodigde zorg beslaat in principe het verdere leven van de cliënt en betreft een integraal pakket dat alle levensdomeinen omvat. Ook moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt.
Om te kunnen vaststellen of recht bestaat op Wlz-zorg, heeft het CIZ informatie van beroepsbeoefenaren zoals de huisarts nodig én het vereist onafhankelijke en objectieve beoordeling van de zorgbehoefte, mede op basis van die verkregen informatie. Ik wijs er verder op dat bij het CIZ mensen werkzaam zijn die hun vak zeer professioneel uitoefenen. Vaak zijn deze mensen geschoold in de zorg en daarin werkzaam geweest. Met de keuze voor het CIZ is er geenszins de intentie om een diskwalificatie uit te spreken met betrekking tot de door de leden van de SP-fractie genoemde beroepsbeoefenaren. Ik distantieer mij van deze stelling.

Het CIZ heeft in de uitvoering van de Wlz gekozen voor een persoonlijke aanpak en een cliëntgerichte handelwijze. Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel is naar voren gebracht dat die werkwijze inhoudt dat niet in alle gevallen cliënten persoonlijk worden gezien. Dat is in bepaalde gevallen slechts administratieve last, terwijl de aanvragers geen meerwaarde ervaren van dat contact. Zij zijn veeleer gebaat bij snelle besluitvorming. Bovendien kent het CIZ veel van de aanvragers al uit eerste aanvragen. Er vindt een afweging plaats op de binnenkomende aanvragen en die resulteert in een afdoening op papier (de aanvraag is compleet, duidelijk en leidt zonder twijfel naar een bepaald zorgprofiel), met persoonlijk contact in de vorm van een telefoongesprek om een en ander nader toe te lichten (beoordelen), of in een behandeling van de aanvraag met persoonlijk contact in de vorm van een fysiek gesprek bijvoorbeeld bij ingewikkelde aanvragen, aanvragen die niet meteen naar een zorgprofiel leiden, PGB-voorkeur aanvragen, etc. Dat persoonlijk contact kan thuis bij de aanvrager plaatsvinden en op de diverse spreekuurlocaties in het land. In beide trajecten hebben alle aanvragers een vaste CIZ-medewerker die hun zaak behandelt en die is bij de cliënt bekend.

Ook ontvangen de leden van de SP graag antwoord op de volgende vragen. Hoeveel geld krijgt het CIZ voor het jaar 2015 om deze taak uit te voeren? Welke kosten zijn er gemoeid met de overgang van het indiceren van de AWBZ naar de Wlz? Zet het CIZ hier bijvoorbeeld andere software of meer personeel voor in? Hoe is de privacy geregeld en aan welke privacy-voorwaarden is het CIZ gebonden?

Op basis van een meerjarenperspectief is in de zomer van 2014 een raming van de benodigde exploitatie van het CIZ opgesteld. Dit kwam

neer op een totale geraamde bezetting van 697 fte en een budget van € 75,7 miljoen voor het jaar 2015. Voor de indicatiestelling onder de AWBZ waren zo'n 1.200 fte werkzaam bij het CIZ en was het beschikbare budget hoger dan € 100 mln. De komende periode moet een aantal van de aannames dat is gehanteerd voor het verwerken van Wlz-aanvragen worden getoetst aan de werkelijkheid. Dat maakt dat de definitieve omvang van de CIZ-organisatie nog moet worden bepaald.
De implementatie van de nieuwe werkwijze zal naar verwachting nog tot in 2016 zijn beslag krijgen. Het CIZ werkt voor de jaren 2015 en 2016 momenteel plannen en bijbehorende begrotingen voor zowel exploitatie als transitie uit. Van extra personeel is geen sprake. Het ICT-systeem Portero waarmee het CIZ reeds werkte onder de AWBZ is aangepast aan de situatie van de Wlz, de criteria die daarin zijn vastgelegd en de door het CIZ gekozen nieuwe werkwijze.
In antwoord op de vraag hoe de privacy geregeld is en aan welke voorwaarde het CIZ gebonden is als het om privacy gaat, meld ik het volgende. Uiteraard geldt voor het CIZ als uitvoeringsorganisatie van de Wlz het wettelijk kader van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Daarnaast zijn in artikel 9.1.2 e.v. van de Wlz op die wet generalis verbijzonderingen gemaakt. In de Wlz is aangegeven aan wie het CIZ welke informatie mag leveren en onder welke voorwaarden, in afwijking van wat daarover in de Wbp is geregeld.
In het eerste lid van artikel 9.1.7 Wlz is neergelegd dat alle CIZ-medewerkers geheimhoudingplicht hebben. Het CIZ laat nieuwe medewerkers bij in dienst treden hiervoor een verklaring ondertekenen. Verder is bij de bouw van het nieuwe primaire systeem, Portero, expliciet aandacht besteed aan de vereisten die in wet- en regelgeving zijn neergelegd.

Weten op dit moment alle mensen die binnen de Wlz vallen waar zij aan toe zijn (in ieder geval voor 2015)? Weten zij allen wat de gevolgen voor hen persoonlijk zijn van alle veranderingen die zijn doorgevoerd op 1 januari 2015? Heeft het CIZ iedereen voldoende geïnformeerd?

Over de veranderingen in de zorg wordt door middel van de websites www.hervorminglangdurigezorg.nl en www.hoeverandertmijnzorg.nl gecommuniceerd aan cliëntenorganisaties, professionals, (zorg)aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten over de transitie van het zorgstelsel. Zo nodig worden de draaiboeken voor bijvoorbeeld aanbieders geactualiseerd.
Daarnaast zorgen zorgkantoren voor een warme overdracht voor cliënten met overgangsrecht. De zorgkantoren bieden hierbij begeleiding aan cliënten. Bovendien is er gratis beschikbare, levensbrede (onafhankelijke) cliëntondersteuning, vastgelegd in de Wmo. Dit is een belangrijke waarborg voor cliënten die met hun ondersteuningsvraag hun weg tussen de verschillende partijen niet goed kunnen vinden.

Voor nieuwe cliënten worden er verschillende instrumenten ingezet, zodat zij goed zijn geïnformeerd over de toegang tot de Wlz en hierbij worden ondersteund. In de Voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg van juni 2015 ben ik hier nader op in gegaan. Ik kan u melden dat in november vorig jaar een cliëntentafel Hervormingen Langdurige Zorg is gestart: een landelijk platform waar cliëntorganisaties signalen en casuïstiek over de toegang tot en de continuïteit van zorg en ondersteuning kunnen inbrengen. Daarbinnen zijn verschillende issues aangekaart en in goede samenwerking afgehandeld door de partijen aan tafel. Meldingen die binnen komen bij het door mij mogelijk gemaakte meldpunt «het juiste loket» bij Ieder(In) en Per Saldo, worden ook op de cliënttafel besproken wanneer het meer dan alleen een incident betreft.

De website van CIZ verstrekt informatie over de Wlz en verwijst door naar andere relevante informatiebronnen. Het CIZ heeft daarnaast via haar website gewezen op de speciaal daarvoor georganiseerde informatiebronnen als www.hoeverandertmijnzorg.nl, cliëntenorganisaties, «het juiste loket» en de onafhankelijke cliëntondersteuning. Verder kan iedereen, die dat wil, de zgn. Wlz-webcheck invullen om te beoordelen of het in de rede ligt om een aanvraag voor een Wlz-indicatie te doen. Deze check is vrijblijvend. Het staat een ieder vrij om – ongeacht de uitkomst van de beoordeling door het CIZ – alsnog een aanvraag voor een indicatie bij het CIZ te doen.

Het CIZ registreert, voor zover dat bekend is, wat de voorkeursleverancier is van de verzekerde. De leden van de SP-fractie worden graag geïnformeerd over de partijen waarmee het CIZ deze informatie deelt. Worden bijvoorbeeld de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars of de zorgkantoren hiervan op de hoogte gesteld?

Indien de keuze van de verzekerde uitgaat naar zorg in natura registreert het CIZ – voor zover bekend – de voorkeursaanbieder. Naast vermelding hiervan op het indicatiebesluit, zendt het CIZ deze informatie via de i-Wlz (vanaf 1 januari 2015) aan het zorgkantoor, die de noodzakelijke informatie langs dezelfde weg klaar zet voor deze zorgaanbieder. De zorgaanbieder beschikt daarmee over noodzakelijke basisinformatie over de verzekerde opdat zo snel mogelijk contact kan worden opgenomen met verzekerde en de zorg – zo nodig- snel kan worden gestart. Deze werkwijze werd ook binnen de AWBZ gehanteerd.

De werkwijze van het CIZ om cliënten die een aanvraag niet of nauwelijks kunnen ondertekenen een kruisje te laten zetten roept vragen op. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een reactie. Klopt het dat deze werkwijze haaks staat op de regels rond vertegenwoordiging van wilsonbekwame cliënten? Zo ja, worden hierop acties ondernomen in de richting van het CIZ?

Het is niet de werkwijze van het CIZ om kruisjes te laten plaatsen als verzekerden niet in staat zijn hun aanvraag te ondertekenen. In het algemeen is het zo dat een verzekerde zelf zijn aanvraag moet ondertekenen. Een verzekerde kan daarvoor ook iemand hebben gemachtigd, door middel van een vormvrij stuk papier waarop een en ander is vastgelegd. Het CIZ heeft ook een machtigingsformulier op de elektronische aanvraagsite beschikbaar gesteld. Tegenwoordig is daarnaast het levenstestament een meer gebruikt instrument, een akte die een cliënt kan laten opmaken bij de notaris en waarin in staat wie voor welke aangelegenheid bij leven van de opsteller van het testament voor hem/haar handelingen mag verrichten. Ook kan het zo zijn dat er een rechterlijk besluit is genomen dat een verzekerde niet meer zelf bepaalde beslissingen mag nemen. Daarvoor is een mentor benoemd of een curator. Het CIZ kijkt uiteraard eerst naar deze situaties en hanteert als er sprake is van heel specifieke situaties waarin iemand niet zelf kan ondertekenen en er evenmin een machtiging is opgesteld kunnen worden een speciale procedure waardoor ook voor deze mensen een indicatiebesluit kan worden opgesteld. Hoofdregel is echter zelf ondertekenen en in een vroegtijdig stadium een besluit nemen wie dat mag doen namens de cliënt mocht dat op een bepaald moment noodzakelijk zijn. ActiZ heeft hierover een brief geschreven. Ik heb u op 25 juni jongstleden een afschrift van mijn reactie op de brief van ActiZ gestuurd.

Vervolgens vragen de leden van de SP-fractie of de Staatssecretaris de mening deelt dat een goede indicatie en de daarbij behorende financiën niet voldoende zijn voor continuïteit en kwaliteit van zorg, en dat voor die

continuïteit van zorg ook vaste mensen/vaste gezichten nodig zijn. Klopt het dat iedereen geherindiceerd wordt? Genoemde leden vragen welke kosten deze herindicatie met zich meebrengt en of het wel wenselijk is dat iedereen geherindiceerd wordt.

Indicaties onder de Wlz kennen in beginsel een onbepaalde geldigheidsduur. Van het opnieuw beoordelen van een eerder afgegeven indicatie, is in beginsel slechts sprake wanneer de situatie van de cliënt wijzigt. Wanneer de zorgbehoefte wijzigt, kan dat aanleiding zijn om een andere indicatie bij het CIZ aan te vragen.
Er zijn drie uitzonderingen op het uitgangspunt dat een indicatie een onbepaalde geldigheidsduur heeft: voor GGZ-B en SG(LVG) geldt een geldigheidsduur van maximaal 3 jaren. Daarnaast geldt voor het zorgprofiel «herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling» (sector Verpleging en Verzorging) een maximale geldigheidsduur van zes maanden, als het gaat om eerste instroom van de cliënt, in verband met het doel van de zorg die hier bijhoort, namelijk het mogelijk maken van een terugkeer naar huis.

Bij het modulair pakket thuis (mpt) is het mogelijk dat er meer zorg geïndiceerd wordt dan dat er daadwerkelijk wordt gebruikt. Klopt deze conclusie van de leden van de SP-fractie? In hoeverre vindt de Staatssecretaris dit een wenselijke situatie, zo vragen deze leden. Hoe vaak komt dit voor en hoe wordt hiermee omgegaan?

Cliënten krijgen een indicatie voor Wlz-zorg indien ze behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uurs zorg in de nabijheid. Daarmee hebben cliënten toegang tot verblijf in een instelling, maar kunnen zij onder voorwaarden ook kiezen voor een leveringsvorm van zorg thuis (pgb, VPT of MPT). In het geval cliënten kiezen voor een MPT is veelal sprake van inzet van partners, ouders en/of mantelzorgers die maken dat cliënten op een verantwoorde manier thuis kunnen blijven wonen en niet naar een zorginstelling hoeven te verhuizen. De hoeveelheid professionele zorg die mensen in de thuissituatie kunnen ontvangen is afgestemd op de hoeveelheid zorg die mensen binnen een instelling ontvangen. Het MPT biedt de mogelijkheid om zorg op maat in te zetten. Daar waar partners, ouders en/of mantelzorgers veel zorg overnemen, kan de behoefte aan inzet van professionele zorg kleiner zijn dan is geïndiceerd. Indien een partner of ouder bijvoorbeeld gedurende grote delen van de dag en of de nacht in huis aanwezig is en toezicht houdt, hoeft tijdens deze uren geen professionele zorg ingezet te worden om het toezicht te kunnen waarborgen. Op dit moment beschik ik niet over gegevens waaruit blijkt hoeveel cliënten minder zorg gebruiken dan de zorg die behoort bij het geïndiceerde zorgprofiel.

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is in principe onbepaald, maar een aantal situaties is hiervan uitgezonderd. Er is besloten de moeilijke (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapten ((SG)LVG) doelgroep, juist de groep die een grote behoefte heeft aan continuïteit, uit te sluiten. Voor deze doelgroep geldt een maximale geldigheidsduur van de indicatie van drie jaar. De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over dit besluit. Leidt het elke drie jaar opnieuw herindiceren niet gelijk tot ontwrichting binnen deze groep, zo vragen deze leden. Is het wel wenselijk om deze doelgroep iedere drie jaar te herindiceren? Het is toch juist de vastigheid, de stabiliteit en de rust die leiden tot verbetering voor deze doelgroep; als deze vastigheid elke keer opnieuw wordt weggehaald leidt dat toch tot grote problemen? Genoemde leden vragen vervolgens of er bij deze groep, of bij andere sterk gedragsgestoorden, bepaalde jojo-effecten zichtbaar zijn (zij krijgen drie jaar behandeling volgens indicatie, bij herindicatie gaat het goed en

de indicatie wordt (sterk) naar beneden bijgesteld, de patiënt krijgt onvoldoende zorg en de problemen verergeren waardoor bij een nieuwe herindicatie wederom drie jaar later de indicatie voor zorg weer (sterk) naar boven bijgesteld moet worden).

De indicatiestelling is bij (zeer ernstige) gedragsproblematiek in verband met een licht verstandelijke beperking juist afgestemd op de onstabiele situatie. Na een bepaalde periode van behandeling met verblijf kan stabilisatie/beheersbaarheid van de gedragsproblematiek bereikt worden en is terugkeer naar de thuissituatie mogelijk. Omdat deze vorm van behandeling met verblijf gedurende een bepaalde periode, doch maximaal drie jaar wordt ingezet, is de indicatietermijn van deze zorg die onderdeel is van de Wlz, overeenkomstig de vastgelegde behandelperiode op drie jaar gezet, opdat een heroverweging gemaakt kan worden. In de loop van de behandelperiode kan worden vastgesteld of terugkeer naar de thuissituatie al dan niet met begeleiding en/of behandeling mogelijk is. Als blijkt dat het gaat om zeer ernstige gedragsproblematiek, in verband met een licht verstandelijke beperking, en er hierdoor een blijvende behoefte is aan permanent toezicht of van 24 uur per dag zorg in de nabijheid, is een Wlz-indicatie voor onbepaalde tijd mogelijk (zorgprofiel: VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering).

Als het gaat om de herstelgerichte behandeling is de maximale geldigheidsduur van de indicatie zes maanden. Wat gebeurt er dan precies als iemand zeven maanden revalidatie nodig blijkt te hebben? Welke problemen levert deze maand extra revalidatie op? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting. Wie heeft vastgesteld dat het maximum aantal maanden zes moet zijn voor de herstelgerichte behandeling en op basis waarvan is het aantal maanden vastgesteld, zo vragen de leden van de SP-fractie. Vervolgens vragen deze leden wat de maximale lengte is van een indicatie voor palliatieve zorg. Worden deze indicaties nog steeds voor een jaar afgegeven?

Op grond van artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering kan de zorgverzekeraar in bijzondere gevallen een langere periode toestaan dan zes maanden voor revalidatie. Een revalidatie langer dan zes maanden is dus niet onmogelijk. Er is voor een periode van zes maanden gekozen, omdat wanneer het in die periode niet lukt om naar huis terug te keren, zijnde het doel van geriatrische revalidatiezorg, de terugkeer naar huis waarschijnlijk ook niet gaat lukken. Er is dan waarschijnlijk andere zorg nodig. De indicatie voor palliatief terminale zorg geldt tot het moment van overlijden. Dit gold ook reeds onder de AWBZ zo.

De leden van de SP-fractie ontvangen signalen dat er bij het indiceren binnen de Wlz onvoldoende rekening is gehouden met de volgende twee doelgroepen: zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en zwaar gehandicapten die in een Fokuswoning wonen en tegelijkertijd aangewezen zijn op extramurale zorg. Zijn deze signalen bekend? De Staatssecretaris heeft eind vorig jaar besloten dat deze groep binnen de Wlz valt. Echter, nu ontstaat de situatie dat mensen binnen deze doelgroepen een aanvraag bij het CIZ hebben gedaan voor een uitbreiding van het persoonsgebonden budget (pgb), maar dat het CIZ alleen in zorgprofielen kan indiceren (niet meer in klassen of uren), en men een zorgprofielindicatie alleen nog krijgt als men in een instelling woont, wat voor deze groepen dus niet opgaat. Is dit inderdaad het geval, zo vragen deze leden. Genoemde leden vinden dit namelijk een zeer vreemde situatie en zij vragen een uitgebreide toelichting op de wijze waarop het CIZ deze groepen indiceert. Wordt er in de indicatiestelling Wlz voldoende rekening gehouden met zwaar gehandicapten die zelfstandig wonen en meer dan

25 uur per week zorg nodig hebben, zo vragen zij. Welke regels gelden hier precies en wat is voor deze situatie de oplossing?

Bij het indiceren van cliënten met een zware lichamelijke handicap gaat het CIZ uit van de Beleidsregels indicatiestelling. Indien sprake is van een blijvende zorgbehoefte en permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid is nodig ter voorkoming van ernstig nadeel, zoals bedreiging van de veiligheid,verwaarlozing of ernstig lichamelijk letsel. De zorg in de nabijheid is noodzakelijk als de cliënt niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen. Het is dus niet zo dat cliënten die zijn aangewezen op 25 uur zorg per week per definitie in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. Er zijn mij geen signalen bekend dat bij de indicatiestelling onvoldoende rekening wordt gehouden met deze groep. Indien de cliënten zelfstandig willen blijven wonen en zorg willen ontvangen op basis van MPT, pgb of een combinatie daarvan, beoordeelt het zorgkantoor of het doelmatig en verantwoord is om de zorg in de thuissituatie te organiseren. Als cliënten woonachtig zijn in een ADL-clusterwoning kan men 24-uur per dag ADL-assistentie in- en om de ADL-woning inroepen. De bekostiging van ADL-assistentie vindt plaats via een subsidieregeling. Daarom is onder de Wlz in artikel 10.1.4 vastgelegd dat samenloop tussen ADL-assistentie en een Wlz-indicatie niet mogelijk is. De bewoners van een ADL-cluster kunnen de zorg die zij aanvullend op ADL-assistentie nodig hebben, aanvragen via de Zvw en de Wmo. Voor zover mij bekend verloopt dat naar behoren.
Ongeveer 70 bewoners van een ADL-woning hebben gekozen voor het Wlz-overgangsrecht. Zij ontvangen ook de zorg naast ADL-assistentie via het zorgkantoor. Het gaat om bewoners die naast de ADL-zorg een indicatie hebben voor meer dan 25 uur persoonlijke zorg of zijn aangewezen op ademhalingsondersteuning. In mijn brieven van 9 december jongstleden (Kamerstuk 34 104, nr. 3) en 17 december jongstleden (Kamerstuk 34 104, nr. 4) heb ik toegelicht waarom deze groepen voor het overgangsrecht konden kiezen. Het overgangsrecht zal voor de bewoners gelden tot 1 januari 2017. Zij hebben een extramurale indicatie en kunnen bij een gewijzigde zorgvraag opnieuw in aanmerking komen voor een extramurale indicatie.

De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook liggen vóór de datum van het indicatiebesluit. Omdat een aanvraag voor een indicatie zes weken kan duren, lijkt dit soms een wenselijke situatie. Is het daarmee voldoende gegarandeerd binnen de beleidsregels dat snelle/acute (en tijdelijke) zorg indien nodig mogelijk is? De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoe vaak het voorkomt dat de ingangsdatum van de indicatie vóór het besluit ligt en wat de gevolgen voor de doorlooptijd zijn. Genoemde leden vinden het overigens überhaupt niet wenselijk dat een indicatie wordt afgegeven voordat duidelijk is wat er precies qua zorg nodig is. Is het niet beter de indicatie gaandeweg vast te stellen, wanneer duidelijk is geworden aan welke zorg of ondersteuning behoefte is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide reactie.

In artikel 3.2.4 van het Besluit langdurige zorg (Blz) is een regeling voor «bijzondere omstandigheden» opgenomen. Het doel hiervan is om bij acute problemen direct zorg te kunnen leveren. In de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 is dit nader uitgewerkt. Een voorbeeld van bijzondere omstandigheden kan zijn dat een verzekerde reeds zorg ontvangt. Het gaat dan om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde levenslang en levensbreed is aangewezen op Wlz-zorg. Dit geldt ook voor aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie.

Indien iemand wegens «bijzondere omstandigheden» al zorg ontvangt voordat een indicatiebesluit is afgegeven, geeft het CIZ binnen twee weken een besluit af.
Is de betrokkene inderdaad aangewezen op Wlz zorg, dan werkt het indicatiebesluit gedurende die twee weken terug. Hiermee is binnen de beleidsregels een snelle levering van zorg voldoende gegarandeerd.
Blijkt echter dat de cliënt niet voldoet aan de Wlz-criteria (blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid), dan vallen de kosten van de al verleende zorg niet onder de Wlz. Indien ook het eerstelijnsverblijf (subsidieregeling onder de Wlz) niet in aanmerking komt (medisch noodzakelijk, kortdurend verblijf), dan valt de cliënt onder gemeentelijke verantwoordelijkheid.
Gemeenten zullen de rekening van de al geleverde zorg moeten voldoen. Aantallen die inzicht geven in de mate waarin dit voorkomt, kunnen hierover nog niet worden verstrekt. Dit vergt meer tijd.

Er wordt gesproken over een ernstig nadeel. In de tekst staat: «Uit de memorie van toelichting blijkt dat bij «ernstig nadeel voor de verzekerde» sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.» De leden van de SP-fractie vragen hoe vastgesteld wordt dat er sprake is van een ernstig nadeel, en wie vaststelt dat er sprake is van een ernstig nadeel. Kan de Staatssecretaris een drietal voorbeelden geven die op het scheidsvlak liggen van wel en geen ernstig nadeel, en kan hij daarbij ingaan op de alternatieven die voor de verzekerde beschikbaar zijn? Is er bij het vaststellen van ernstig nadeel voldoende aandacht voor senioren, bij wie bijvoorbeeld het risico bestaat dat zij zich (ernstig) verwaarlozen?

De toegang tot de Wlz wordt bepaald door een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, ter voorkoming van ernstig nadeel. Het begrip ernstig nadeel is in de wet beschreven aan de hand van vier situaties: zich maatschappelijk te gronde richten, zichzelf verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel en ernstige schade in de ontwikkeling. Een voorbeeld van ernstig nadeel ontstaat bijvoorbeeld als een verzekerde niet in staat is in zijn primaire levensbehoeften te voorzien zoals zich kleden, eten en drinken, of zijn eigen veiligheid niet kan waarborgen. Dit kan veroorzaakt worden door mentale of fysieke problemen of door gebrek aan energie c.q. inspanningsintolerantie.

De beoordeling voor toegang tot de Wlz kent verschillende stappen. Deze zijn vastgelegd in de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015. Hierin is ook een afwegingskader beschreven. Bij een verzekerde moet een ziekte of aandoening aanwezig zijn, die toegang geeft tot de Wlz. Vervolgens wordt de mate van stoornissen en beperkingen in het functioneren van de verzekerde op diverse levensterreinen vastgesteld. Deze informatie wordt bij de aanvraag voor een Wlz-indicatie aangeleverd, dan wel in het persoonlijk contact dat het CIZ met de verzekerde heeft, vastgesteld. De mate waarin de stoornissen en beperkingen zich manifesteren dragen bij aan het oordeel of een verzekerde behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, maar zijn op zichzelf nog niet voldoende voor het bepalen van de toegang tot de Wlz. De beoordeling of er sprake is van ernstig nadeel (risico op gevaar) komt daar nog bij. Het CIZ maakt deze afweging op basis van de informatie over de verzekerde en de vaststelling van het functioneren, in persoonlijk contact met de verzekerde en, bij twijfel, in contact van een medisch adviseur van het CIZ met een behandelaar.

Een groot deel van de cliëntgroep met een psychogeriatrische aandoening zal naar verwachting toegang krijgen tot de Wlz vanwege de stoornissen op het gebied van geheugen, cognitief functioneren en dagelijks functioneren. Verzekerden met zware somatische aandoeningen en/of lichamelijke beperkingen die niet meer in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen zullen naar verwachting ook toegang krijgen tot de Wlz. Cliënten met alleen een zintuiglijke beperking hebben waarschijnlijk geen blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. In geval van toegang tot de Wlz zal er naast de zintuigelijk beperking vrijwel altijd sprake zijn van aan andere aandoening, handicap of beperking. Omdat de beoordeling plaats vindt op basis van de individuele situatie en omstandigheden, acht ik het niet opportuun om hier drie concrete voorbeelden te beschrijven. Wel heb ik de toegang van enkele cliëntgroepen tot de Wlz omschreven.

De oude zorgzwaartepakketten brachten problemen met zich mee. De leden van de SP-fractie zijn erg benieuwd in hoeverre er nu daadwerkelijk geheel van de zorgzwaartepakketten is afgestapt of zijn de nu benoemde zorgprofielen wellicht verkapte vormen van zorgzwaartepakketten? Welke verbeteringen en veranderingen ten opzichte van zorgzwaartepakketten zijn er precies in de zorgprofielen te zien, zo vragen deze leden.
In de toelichting wordt aangegeven dat de «Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014» zijn komen te vervallen en nu de «Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015» gaan gelden en dat deze nieuwe beleidsregels minder omvangrijk zijn geworden. De leden van de SP-fractie vragen om een helder overzicht van de belangrijkste en meest wezenlijke inhoudelijke verschillen tussen de nieuwe beleidsregels indicatiestelling en de oude beleidsregels indicatiestelling.

Zoals tijdens de parlementaire behandeling van de Wlz met u gedeeld, bestaan de zorgzwaartepakketten nu nog voor de bekostiging. Het aantal zorgprofielen is onder de Wlz 2015 nagenoeg hetzelfde als de zorgzwaartepakketten zoals we deze onder de AWBZ kenden.
In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast welk inhoudelijk zorgprofiel het beste past bij de cliënt. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Het CIZ indiceert niet meer in uren. Dit laatste is een belangrijk verschil ten opzichte van de AWBZ. De zorgprofielen duiden de zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg, en de omvang slechts globaal. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. De cliënt, dan wel zijn vertegenwoordiger, maakt afspraken over de zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan. Uitgangspunt hierbij zijn de professionele standaarden voor goede zorg.

Voorts vraagt de SP-fractie naar de belangrijkste en meest wezenlijke inhoudelijke verschillen tussen de nieuwe beleidsregels indicatiestelling en de oude beleidsregels indicatiestelling. Omdat in de Wlz een integraal pakket voor verblijf wordt geboden, dat tot uitdrukking komt in het door het CIZ te indiceren best passende zorgprofiel, zijn de beleidsregels aanzienlijk ingedikt ten opzichte van de beleidsregels onder de AWBZ. In de beleidsregels zijn de bijlagen «Algemeen», «Grondslagen» en «Gebruikelijke Zorg» opgenomen. Onder de AWBZ waren daarnaast nog beleidsregels nodig voor verschillende functies zoals verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en behandeling, en kortdurend verblijf.

De zorginhoudelijke criteria in de Wlz die betrekking hebben op de toegang tot de Wlz, zijn nader uitgewerkt, zodat de indicatiestellers handvatten hebben om een juiste invulling te geven aan wat is beoogd met de Wlz. Het gaat hierbij (onder meer) om de begrippen permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid, ernstig nadeel, escalatie, blijvend, voortdurend, fysieke problemen en regieproblemen. Daarmee heeft een verzekerde recht op Wlz-zorg als hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, blijvend is aangewezen op permanent toezicht of blijvend is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het CIZ toetst aan de hand van deze criteria en legt in geval van recht op Wlz-zorg dit voor verzekerde vast in het indicatiebesluit. Voor kinderen in de leerplichtige leeftijd is de standaard-aftrek in verband met onderwijs vervallen.

Verder is van belang dat de toegang tot de Wlz voor een verzekerde met een psychische stoornis is geregeld in artikel 3.2.2. Wlz, hetgeen in de bijlage «Algemeen» is opgenomen. Dit betekent dat GGZ-cliënten die op langdurige – op behandeling gerichte – intramurale zorg zijn aangewezen, de eerste drie jaren onder de Zvw worden gepositioneerd. Na drie jaren is er toegang tot de Wlz.
Gebruikelijke zorg is in de beleidsregels omschreven als de dagelijkse zorg die ouders aan kinderen geacht worden te bieden, ook als de ouder de gebruikelijke zorg vanwege eigen aandoening, beperking, stoornis of handicap niet kan bieden. Hiermee is de toepassing van gebruikelijke zorg zoals die was onder de AWBZ, ongewijzigd voortgezet onder de Wlz. De Richtlijn Gebruikelijke zorg zoals opgenomen in de Beleidsregels indicatiestelling Wlz, is derhalve vertaald naar Wlz-termen.

Ten slotte hebben de leden van de SP-fractie nog een aantal vragen. Is het correct dat er een lacune bestaat als het gaat om de zorg voor LVB-cliënten vanaf 23 jaar met een nieuwe of een aflopende indicatie? En dat er tevens een knelpunt bestaat voor 18- tot en met 22-jarigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen en/of verslaving (dubbele grondslag)? Klopt het, zo vragen genoemde leden, dat deze groep niet in aanmerking komt voor de Wlz maar ook niet voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? Welke vormen van beschermd en begeleid wonen, alsmede van behandeling in het kader van ontwikkeling, kunnen geïndiceerd worden voor jongeren (met en zonder kinderen) met licht verstandelijke beperkingen van 18 tot en met 22 jaar en vanaf 23 jaar, zowel in de Wmo als in de Wlz?

Er is geen lacune als het gaat om de zorg voor LVB-cliënten vanaf 23 jaar met een nieuwe of een aflopende indicatie. In art 3.2.1 lid 3 van de Wlz 2015 is geregeld dat toegang tot de Wlz ook mogelijk is voor mensen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek met een tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het CIZ kan, wanneer is voldaan aan deze toegangsvereisten, een tijdelijke toegang tot de Wlz indiceren. Ook in het geval de behandelaar van een cliënt als hiervoor omschreven stelt dat de cliënt is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf, is een tijdelijke (drie jaar) indicatie voor de Wlz mogelijk. De bepaling is nadrukkelijk een uitzondering op het leidende principe van de blijvende zorgbehoefte in de Wlz.
In de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 is deze bepaling als volgt uitgewerkt door een omschrijving te geven van het zorgprofiel «licht verstandelijk gehandicapt». Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een Licht Verstandelijk Gehandicapten – of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten – behandelinstelling, zoals beschreven in de zorgprofielen voor maximaal 3 jaren.

Het betreft jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap met daarnaast meervoudige problematiek zoals beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, behorend tot de doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG). De problematiek komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Als er voor cliënten uit de doelgroep een noodzaak is tot integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in deze instelling,wordt een zorgprofiel uit de set LVG-zorgprofielen geïndiceerd. De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar.
Voor cliënten met een lichte verstandelijke handicap die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, zonder noodzaak tot behandeling in een LVG-behandelinstelling, is geen LVG zorgprofiel aan de orde. Mogelijk kan een zorgprofiel in de reeks VG worden geïndiceerd.
Wat extramurale ondersteuning betreft, biedt de Wmo 2015 veel mogelijkheden tot ondersteuning,ongeacht de aard van de beperking (verstandelijk, psychisch etc.). Gedacht kan worden aan begeleid zelfstandig wonen en begeleiding. Wat betreft intramurale ondersteuning bevat de Wmo 2015 (naast maatschappelijke opvang) de opdracht aan gemeenten beschermd wonen te bieden (verblijf, toezicht en begeleiding) voor mensen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Mensen met (alleen) een verstandelijke beperking vallen niet onder de reikwijdte van die opdracht
Ik heb tijdens het Algemeen Overleg van 30 april jongstleden over de decentralisatie Wmo/langdurige zorg, toegezegd een onderzoek te doen naar de zorg voor meerderjarige lvb-ers met een tijdelijke behoefte aanwonen in een beschermende woonomgeving. Dat onderzoek is gestart. Met betrokken partijen worden de knelpunten in kaart gebracht en zal ik bezien hoe de positie en zorgbehoefte van deze groep cliënten na 1 januari jl. uitpakt. In de volgende voortgangsrapportage decentralisatie Wmo/langdurige zorg zal ik u hier nader over informeren.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsregels indicatiestelling Wlz. Hoewel de beleidsregels ter kennisneming naar de Kamer zijn gezonden willen zij wel gebruikmaken van de mogelijkheid hier verduidelijkende vragen over te stellen, temeer daar de Staatssecretaris tijdens de behandeling van de Wlz deze ter bespreking aan de Kamer zou sturen.

Pagina 2
De definitie van «blijvende zorgbehoefte» impliceert dat mensen met een tijdelijke zorgbehoefte zich moeten richten tot de gemeente. Of kunnen deze mensen vallen onder het zorgprofiel «herstelgerichte behandeling V&V» (pagina 5)? Wanneer valt een zorgvrager onder de ene wet en wanneer onder de andere? Onder de AWBZ waren de eerste drie maanden persoonlijke verzorging toch gebruikelijke zorg? Hoe zit dat nu voor verstandelijk gehandicapten, visueel beperkten en mensen met een ggz-stoornis?

Toegang tot de Wlz is aan de orde indien is voldaan aan de wettelijke criteria van de Wlz. Ik verwijs in deze naar artikel 3.2.1 van de Wlz, waarin

naast de formulering van de criteria afwijkingen of uitzonderingen zijn vastgelegd. Indien wordt vastgesteld dat geen sprake is van toegang tot de Wlz, dan zal de benodigde zorg uit een van de andere wettelijke domeinen worden bekostigd.
Het zorgprofiel herstelgerichte behandeling en verzorging (sector V&V) is bedoeld voor verzekerden die nog tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben, aansluitend op medisch specialistische diagnostiek en een klinische opname. Het zorgprofiel heeft een geldigheidsduur van zes maanden. Vrijwel alle verzekerden ontvingen voor deze tijdelijke opname al Wlz-zorg en zullen deze zorg aansluitend weer ontvangen.

Onder de AWBZ werd persoonlijke verzorging maximaal drie maanden als gebruikelijke zorg aangemerkt. De functie persoonlijke verzorging maakt nu zelfstandig geen onderdeel meer uit van de Wlz.
De CDA-fractie vraagt wat gebruikelijke zorg is voor mensen met een verstandelijke of visuele beperking. In antwoord hierop wijs ik er op dat gebruikelijke zorg onder de Wlz alleen voor kinderen geldt. Hieraan ligt ten grondslag dat bij meerderjarigen de sociale context niet wordt meegewogen voor toegang tot de Wlz. In Bijlage 3 van de beleidsregels indicatiestelling Wlz is uitgewerkt in de vorm van een richtlijn welke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijdscategorie, als gebruikelijke zorg kan worden aangemerkt.
Voor cliënten met een visuele beperking gelden dezelfde toegangscriteria voor toegang tot de Wlz. Veelal zal sprake zijn van een samenloop van een visuele beperking en een andere ziekte of handicap. Louter een visuele beperking zal veelal niet leiden tot toegang tot de Wlz.
Voor GGZ-cliënten die op langdurige – op behandeling gerichte – intramurale zorg zijn aangewezen, geldt dat zij de eerste drie jaren onder de Zvw worden gepositioneerd. Na drie jaren is er recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz.

Bij het criterium «24 uur per dag zorg in de nabijheid» geldt dat de cliënt niet in staat is om zelf hulp in te roepen indien nodig om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.
Vervolgens bepaalt artikel 3.2.1.2 Wlz dat onder ernstig nadeel onder meer wordt verstaan dat als gevolg van fysieke of zware regieproblemen er een situatie kan ontstaan waarin de cliënt onder meer zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten en zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen. Kan de Staatssecretaris dit meer duiden? Mensen die zich dreigen te verwaarlozen zien dat niet altijd zelf als een ernstig nadeel toebrengen. Hoe vaak per dag moet poolshoogte genomen worden om in aanmerking te komen voor een Wlz-indicatie?

De situaties waaraan gedacht wordt zijn beschreven in de Wet langdurige zorg (art. 3.2.1). Het betreft situaties waarin de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig letsel oploopt of dreigt op te lopen, dan wel zichzelf ernstig letsel (dreigt) toe te brengen of ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad. Bijvoorbeeld: risico op verwaarlozing, lichamelijk letsel, vallen, stikken, (ver)dwalen, misbruik (lichamelijk/financieel), onder invloed van anderen komen. Bij de beoordeling of ernstig nadeel kan optreden gaat het niet alleen om de vraag of deze gevaren blijvend zijn, dat wil zeggen dat er geen veranderingen meer mogelijk zijn in de persoon of met hulpmiddelen, maar ook om de vraag of de verzekerde in staat is om dreigend gevaar goed in te schatten en bij dreigend gevaar adequate hulp kan inroepen. De inschatting van deze gevaren is het oordeel van de indicatiesteller, op basis van persoonlijk contact met de cliënt en informatie over de medische gezondheidstoestand en/of van de behandelaar.

Een concreet voorbeeld dat in deze kan worden genoemd is een oudere die lijdt aan Alzheimer, in een gevorderd stadium. Het is niet ondenkbeeldig dat deze cliënt, die niet meer voor zichzelf kan zorgen, 's nachts dwaalt op straat. Het gaat niet alleen om het aantal keren dat poolshoogte genomen moet worden, het gaat om het geheel aan omstandigheden, waarbij deze dagelijks controle slechts een onderdeel is van het totaal aan zorgbehoefte.

De datum ingang geïndiceerde functie kan in beginsel wel liggen na, maar niet voor de datum indicatiebesluit. Wat betekent dit voor mensen die acuut Wlz-zorg nodig hebben, die ook krijgen omdat een zorginstelling haar verantwoordelijkheid neemt maar niet vallen onder de cumulatieve voorwaarden zoals genoemd in paragraaf 1.4? Een antwoord dat het financiële risico hiervan voor de zorginstelling is, kan niet ongemotiveerd gegeven worden.

In artikel 3.2.4 van het Besluit langdurige zorg (Blz) is een regeling voor «bijzondere omstandigheden» opgenomen. In de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 is dit nader uitgewerkt. Een voorbeeld van bijzondere omstandigheden kan zijn dat een verzekerde reeds zorg ontvangt. Het gaat dan om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde levenslang en levensbreed is aangewezen op Wlz-zorg. Dit geldt ook voor aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie.
Indien iemand wegens «bijzondere omstandigheden» al zorg ontvangt voordat een indicatiebesluit is afgegeven, geeft het CIZ binnen twee weken een besluit af.
Is de betrokkene inderdaad aangewezen op Wlz-zorg, dan werkt het indicatiebesluit gedurende die twee weken terug.

De situatie dat een mantelzorger uitvalt door overlijden komt niet zelden voor. Deze gebeurtenis kan leiden tot een situatie waarin direct sprake is van het toepasbaar zijn van Wlz-indicaties. Is de Staatssecretaris het met de leden van de CDA-fractie eens dat het onverkort vasthouden van deze voorwaarde tot dramatische situaties kan leiden en dus reden is om de ingangsdatum van het indicatiebesluit wel vroeger te leggen? Zo nee, waarom niet?

In de beleidsregels is aangegeven dat de ingangsdatum van het indicatiebesluit voor de datum van het indicatiebesluit kan liggen, als sprake is van bijzondere omstandigheden. Een voorbeeld hiervan is wanneer sprake is van een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde, waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde levenslang en levensbreed is aangewezen op Wlz zorg. Er is geen sprake van het onverkort vasthouden van een voorwaarde, zoals in de vraag is verwoord. Bepalend is of een verzekerde voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz.
In geval van overlijden van de mantelzorger kan een aanvraag worden gedaan op basis van bijzondere omstandigheden. Als de verzekerde toegang heeft tot de Wlz op basis van zijn stoornissen en beperkingen, kan een Wlz-indicatie worden afgegeven waarbij de ingangsdatum van het besluit voor de besluitdatum ligt. Indien de verzekerde niet voldoet aan de criteria voor toegang tot de Wlz, wordt de zorg vanuit andere domeinen verstrekt.

Over de aanvullende informatie kan geen bezwaar worden aangetekend. Onder aanvullende informatie valt de leveringsvorm, zoals pgb, volledig pakket thuis (vpt), mpt en zorg in natura met verblijf (zie pagina 7). Waar kan een zorgaanvrager bezwaar aantekenen wanneer een verzoek om een

pgb niet gehonoreerd wordt? Als dit het zorgkantoor is, kan het gebeuren dat een zorgvrager indien deze het zowel met het indicatiebesluit als met de leveringsvorm oneens is, twee keer bezwaar moet aantekenen bij twee verschillende instanties. Klopt deze analyse? Zo nee, hoe zit het dan? Zo ja, vindt de Staatssecretaris dat cliëntgericht?

Op elk besluit van het indicatieorgaan of van het zorgkantoor kan bezwaar en beroep worden aangetekend. Het indicatiebesluit (wel of geen toegang tot de Wlz) en het besluit over de leveringsvorm (bijvoorbeeld of iemand aan de voorwaarden van het pgb voldoet) zijn separate, van elkaar te onderscheiden, beslissingen. Dit betekent dat in deze twee separate rechtsgangen bestaan. Bezwaar tegen het indicatiebesluit dient te worden gemaakt bij het CIZ, bezwaar tegen het pgb dient te worden gemaakt bij het zorgkantoor. Het is immers het zorgkantoor dat besluit over de toekenning van het pgb.

Op schriftelijke vragen van het lid Keijzer antwoordde de Staatssecretaris dat «het nog op een knop kunnen drukken» geen indicatiecriterium is voor de Wlz. Onder 3 (afwegingskader) staat vermeld: Oordeel of verzekerde is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat «hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen». Is de Staatssecretaris bereid het CIZ nadrukkelijk te informeren dat dit niet betekent dat wanneer een zorgvrager nog op een knop kan drukken hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen?

In de beantwoording van Kamervragen van mevrouw Keijzer, heb ik toegelicht dat het CIZ de Wlz uitvoert, met inachtneming van de wettelijke criteria. «In staat zijn om op een knop te drukken» is geen wettelijk criterium, noch een passage die in de uitwerking van de criteria in de beleidsregels is opgenomen. Ik zie dan ook geen aanleiding om het CIZ in deze nadrukkelijk te informeren over dit punt.

Onder het kopje «wettelijke voorzieningen» staat vermeld dat deze zorg door het verantwoordelijke orgaan geregeld kan worden. De leden van de CDA-fractie vragen hoe deze zinsnede zich verhoudt tot het feit dat gemeenten in het kader van de Wmo en de Jeugdwet veel vrijheid hebben dit lokaal in te vullen. Deze leden vragen specifiek hoe dit in relatie staat tot dagbesteding en hulp bij het huishouden. Als de gemeente dit minder gaat verstrekken in verband met de opgelegde bezuinigingen dan zullen mensen eerder een beroep doen op de Wlz. Kan de Staatssecretaris schetsen hoe het een en ander gewogen gaat worden?
De ene gemeente biedt immers een hoger voorzieningenniveau dan de andere gemeente en in veel gemeenten is het inkomen leidend bij het toekennen van voorzieningen, en niet de mate van de beperking.

Het is juist dat gemeenten een zekere beleidsruimte hebben bij het beoordelen van ondersteuningsvragen. Zoals uitvoerig met de Kamers gewisseld bij de betreffende wetsbehandelingen, is dat ook de bedoeling. Immers alleen zo kunnen gemeenten beoordelen wat een passend ondersteuningsaanbod is bij de vraag. Dat neemt niet weg, dat de Wmo 2015 ook een opdracht geeft aan gemeenten om een maatwerkvoorziening te verstrekken indien aan de criteria is voldaan (die zien op vragen rondom de eigen kracht van de cliënt en diens omgeving en de vraag of algemene voorzieningen kunnen bijdragen aan een oplossing van het probleem). De opdracht aan gemeenten is derhalve geen vrijblijvende, zo is inmiddels ook al bevestigd in de enkele uitspraken die rechters hebben gewezen in individuele casuïstiek. De zorgvuldigheid waarmee gemeenten de ondersteuningsvraag moeten onderzoeken en de vereiste individuele afweging van alle persoonlijke omstandigheden (waaronder de vraag naar de financiële passendheid) is als rode draad terug te zien in deze

uitspraken, die hiermee een interpretatie geven van de wetten zoals ik die ook voor ogen had. Verschillen in het voorzieningenniveau komen voor. Meer of minder accent op algemene voorzieningen, regionale samenwerking, verschillen in verband met de samenstelling van de bevolking, dat is allemaal mogelijk. De wetten bieden evenwel voldoende waarborgen, dat de zorg- en ondersteuningsvragen van mensen in voldoende mate kunnen worden beantwoord.

In de tweede alinea geven de beleidsregels aan dat het aangrijpingspunt gaandeweg verschuift van de medische zorg naar gehandicaptenzorg. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Staatssecretaris ervoor kiest deze overgang bij de leeftijd van vijf jaar neer te leggen. Dat hangt toch niet van een bepaalde leeftijd af, zo vragen deze leden. Volgens genoemde leden hangt het meer af van de handicap, prognose en ontwikkeling van het kind. Kan de Staatssecretaris dit verduidelijken?

Voor kinderen met ernstig complexe somatische problematiek die op basis van deze problematiek zorg nodig hebben, heb ik geregeld dat deze kinderen hun integrale pakket aan zorg vanuit de Zvw krijgen. De zorg bij deze kinderen wisselt sterk tussen het ziekenhuis en thuis. Hiermee wordt samenhang en flexibiliteit in de zorg aan het ernstig zieke kind bereikt. Bij jonge kinderen met complexe somatische problematiek kan het voorkomen dat zich op enig moment naast de somatische problematiek ook een verstandelijke handicap manifesteert. Zo rond het vijfde levensjaar zal een kinderarts veelal pas voor het eerst met zekerheid de diagnose «ernstig verstandelijke beperking» kunnen stellen en zal duidelijk worden wat de ontwikkelingsmogelijkheden nog van het kind zijn. Als een kinderarts eerder kan vaststellen dat een kind met complexe somatische problematiek vanwege zijn verstandelijke beperkingen blijvend op Wlz-zorg zal zijn aangewezen, biedt dit ook een kind jonger dan vijf jaar toegang tot de Wlz.

Onder het kopje «palliatieve terminale thuiszorg» staat duidelijk aangegeven dat palliatieve zorg voor mensen met een Wlz-indicatie binnen de Wlz beschikbaar is. Toch hebben de leden van de CDA-fractie uit het veld en van burgers mails ontvangen waaruit blijkt dat voor mensen in de palliatieve fase met een Wlz-indicatie deze zorg niet voorhanden is. Of dat een instelling geen Wlz-zorg kan bieden. Dat leidt er ook toe dat ziekenhuisbedden langer bezet blijven omdat er geen palliatieve «zorgplek» voorhanden is. Hoort de Staatssecretaris deze signalen ook en hoe borgt hij palliatieve plaatsen in Wlz-instellingen? De leden van de CDA-fractie zijn zeer verheugd dat de Staatssecretaris dit in de wet heeft geregeld maar het leidt er in praktijk toch toe dat mensen hun laatste palliatieve fase in een andere instelling moeten doorbrengen. Dat is toch niet de bedoeling van de Staatssecretaris, zo vragen deze leden.
Verder zien de leden van de CDA-fractie problemen met de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) op dit terrein. Zoals al eerder bekend (ook bij kleinschalige wooninitiatieven gefinancierd door middel van het pgb) is er ook een probleem bij hospices die geen WTZi-toelating hebben. Deze leden weten dat de Staatssecretaris dit probleem ziet maar zij vragen of hij al een oplossing voor dit probleem heeft en of ook de hospices hierbij worden meegenomen.

Als mensen die een Wlz-indicatie hebben vanuit de thuissituatie naar een instelling willen gaan, zijn er palliatieve afdelingen in bijvoorbeeld verpleeghuizen waar ze terecht kunnen. Er is naar mijn weten geen structureel tekort aan dit soort plaatsen. In individuele gevallen kan het natuurlijk voorkomen dat er in de instelling die de voorkeur van de cliënt heeft op dat moment geen plaats is en er een alternatief moet worden gezocht.

In het algemeen kunnen mensen met een Wlz-indicatie er voor kiezen om de zorg thuis of in een instelling te ontvangen. Het CIZ kan voor deze cliënten een zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve PTZ indiceren, op basis van een verklaring van de behandelend arts. Als de cliënt zijn zorg thuis wil ontvangen, kunnen zorgkantoren extra kosten bovenop het ZZP VV 10 toekennen. Dit geldt als de cliënt een modulair pakket thuis, een persoonsgebonden budget of een combinatie hiervan heeft. Dit geldt niet voor cliënten met een volledig pakket thuis.

Als de cliënt zijn zorg in een instelling wil ontvangen en al in een instelling verblijft, geldt het volgende. Deze cliënten zullen in de eindfase van hun leven de noodzakelijke zorg krijgen op basis van het eerder toegekende zorgprofiel. De zorg aan het eind van het leven is een onderdeel van de taken van een instelling.
Voor wat betreft de eis van een wtzi toelating ten aanzien van logeren met een pgb, heb ik inmiddels besloten (aangekondigd bij het AO decentralisatie Wlz en Wmo van 30 april jongstleden) om de Wtzi-eis bij logeeropvang in de Wlz te laten vervallen. Dit geldt derhalve ook voor hospices zonder Wtzi-toelating, voor zover deze logeeropvang ook daar plaatsvindt.

Pagina 13
De leden van de CDA-fractie denken dat de afweging wanneer er permanent toezicht nodig is niet in elke situatie hetzelfde is. In hoeverre wordt hiermee bij de indicatiestelling rekening gehouden? Als er een mantelzorger aanwezig is kan dit ook weer anders zijn dan als er geen mantelzorger aanwezig is (iemand is bijvoorbeeld alleenwonend). Kan de Staatssecretaris uiteenzetten hoe dit gewogen gaat worden?

In de Wlz is de keuze gemaakt om de rol van de mantelzorger niet mee te wegen, als het gaat om de beoordeling van de vraag of er toegang is tot de Wlz in een specifieke situatie. Er is toegang tot de Wlz als er vanwege ziekte of handicap blijvend behoefte is aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht.
Hieraan ligt ten grondslag dat de Wlz een volksverzekering is. Het past niet bij de aard van deze verzekering om de sociale context mee te wegen in het kader van het bepalen van de toegang tot de wet. Uiteraard wordt door het CIZ wel in kaart gebracht wat de feitelijke situatie is, wanneer een cliënt een aanvraag doet.
In het zorgplan kan overigens wel de rol van de omgeving tot uitdrukking komen. Er worden in het zorgplan afspraken gemaakt tussen cliënt en zorgaanbieder over de te verlenen zorg, waarin nadrukkelijk wel een rol van de omgeving wordt vastgelegd.

In de eerste alinea van pagina 15 stelt de Staatssecretaris dat bij kinderen met een beperking (enige) ontwikkeling mogelijk is. Dat begrijpen de leden van de CDA-fractie maar zij vragen hierbij wel of de Staatssecretaris enige ontwikkeling kan duiden want het is deze leden nog steeds niet helemaal duidelijk wanneer kinderen nu onder de Wlz vallen en wanneer zij zijn aangewezen op andere wettelijke voorzieningen dan de Wlz.

Om toegang te krijgen tot de Wlz moet er sprake zijn van een blijvende zorgbehoefte. Bij kinderen en jeugdigen wordt bij de beoordeling voor toegang tot de Wlz de mogelijkheid tot ontwikkeling meegewogen. Als verondersteld mag worden, op basis van het ziektebeeld en de aangeleverde informatie, dat vanwege de nog aanwezige ontwikkelingsmogelijkheden er op dat moment (nog) geen noodzaak is van een blijvende zorgbehoefte en 24-uurs zorg nabij dan wel permanent toezicht, zal geen Wlz indicatie worden afgegeven. Vanzelfsprekend speelt de informatie die behandelaars verstrekken bij deze beoordeling een belangrijke rol.

In die situatie waar wel een indicatie bestaat voor de Wlz betreft het veelal zwaar, meervoudig (blijvend) gehandicapte kinderen die aangewezen zijn op permanent toezicht dan wel 24-uur nabijheid van zorg.

In de onderstaande alinea van pagina 16 wordt gesproken over een dominante grondslag. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er wordt gekozen voor een dominante grondslag. Soms is dat namelijk zeer lastig vast te stellen. Is de Staatssecretaris niet huiverig voor het feit dat er een theoretische keuze wordt gemaakt voor iets dat in praktijk veel complexer is? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting op dit punt.

Ook onder de AWBZ gold dat voor de beoordeling van de toegang tot de AWBZ een (of meerdere) grondslagen werden vastgesteld. Het CIZ brengt in het kader van de beoordeling van een aanvraag gericht op toegang tot de Wlz eerst in beeld welke ziekte(s) en/of aandoeningen aan de orde zijn, alsook de stoornissen en beperkingen die hieruit voortvloeien. Binnen de doelgroep van de Wlz is er regelmatig sprake van (meer of minder complexe) combinaties van aandoeningen.
De dominante grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperking in relatie tot de actuele zorgbehoefte. Bij de vaststelling van de dominante grondslag wordt gebruik gemaakt van informatie over diagnostiek en informatie over stoornissen en beperkingen, door een ter zake deskundige aangeleverd.
Vaststelling van het best passende zorgprofiel is gebaseerd op de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte van de verzekerde. Het CIZ onderzoekt of op basis van de dominante grondslag een passend zorgprofiel kan worden vastgesteld. Als geen van deze profielen voldoende aansluit bij de zorgbehoefte, kan op basis van specifieke cliëntkenmerken gekozen worden uit een profiel, behorend bij een andere aanwezige grondslag dan de dominante grondslag. Het gaat hierbij dan specifiek om complexe meervoudige handicaps waarbij het beperkingenprofiel niet eenduidig te herleiden is tot één grondslag, om leeftijdsgebonden cliëntkenmerken, of om specifieke gedragsproblemen van de verzekerde.

Onder het kopje «Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel» staat niet expliciet de groep LG vermeld, mensen met een lichamelijke beperking. Waarom niet, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Voor de meeste profielen zorgprofielen geldt dat het niet nodig is om hiervoor aanvullende specifieke criteria op te nemen in de beleidsregels. Voor die profielen waarvoor dat wel is gedaan in de beleidsregels, geldt dat dit voor het CIZ ondersteunend is om tot het best passende profiel te komen voor de cliënt. Hierdoor sluit de noodzakelijke zorg zo goed mogelijk aan op de behoefte aan zorg.

De CDA-fractie heeft vragen in deze. De CDA-fractie wijst op pagina 8 van de memorie van toelichting van de Wlz, waarin is vermeld dat 18–23-jarigen met een LVB onderdeel uitmaken van de Wlz. De budgetten zijn geraamd en de contractering is rond. Het CIZ indiceert echter niet. Waar is dit op gebaseerd?

Het antwoord op deze vraag is verwoord bij de laatste vraag van de SP-fractie (zie hiervoor). Ik verwijs derhalve naar het reeds geformuleerde antwoord op deze vraag, met dien verstande dat ik hier toevoeg, in reactie op de stelling van de CDA-fractie dat het CIZ niet zou indiceren, dat ik geen signalen heb dat het CIZ de hierboven beschreven groep de toegang tot de Wlz zou onthouden.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de regeling van de Staatssecretaris houdende beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015. De beleidsregels volgens welke het CIZ vaststelt in hoeverre de verzekerde is aangewezen op een of meer van de in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Het verbaast deze leden dat de hogere zorgzwaartepakketten ontbreken. Welke verklaring heeft de Staatssecretaris hiervoor?

Bij ernstig nadeel van de verzekerde moet er sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

Kan de Staatssecretaris enkele voorbeelden geven van deze reële risico's en vaak voorkomende gevaren die acceptabel zijn?
Vallen onderstaande situaties daar ook onder:
- *toenemend aantal branden;*
- *nachtelijk ronddwalen over straat;*
- *verstoord dag-nachtritme;*
- *verwaarlozing;*
- *ondervoeding?*

Als reeds vermeld zijn de situaties waaraan wordt gedacht, beschreven in de Wet langdurige zorg (art. 3.2.1). Het betreft situaties waarin de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig letsel oploopt of dreigt op te lopen, dan wel zichzelf ernstig letsel (dreigt) toe te brengen of ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad. Bijvoorbeeld: risico op verwaarlozing, lichamelijk letsel, vallen, stikken, (ver)dwalen, misbruik (lichamelijk/financieel), onder invloed van anderen komen. Bij de beoordeling of ernstig nadeel kan optreden gaat het niet alleen om de vraag of deze gevaren blijvend zijn, dat wil zeggen dat er geen veranderingen meer mogelijk zijn in de persoon of met hulpmiddelen, maar ook om de vraag of de verzekerde in staat is om dreigend gevaar goed in te schatten en bij dreigend gevaar adequate hulp kan inroepen. De inschatting van deze gevaren is het oordeel van de indicatiesteller,op basis van persoonlijk contact met de cliënt en informatie over de medische gezondheidstoestand en/of van de behandelaar.
De zorgprofielen (onder de AWBZ: zorgzwaartepakketten) zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg (Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels inzake de Wet langdurige zorg).

Is de Staatssecretaris van mening dat niet alleen zware fysieke beperking een reden is voor een Wlz-indicatie, maar dat ook mensen die zich dreigen te verwaarlozen of zich te gronde dreigen te richten, aanspraak kunnen maken op een Wlz-indicatie? Zo nee, waarom niet?

Ja, zoals in het antwoord op de voorgaande vraag aangegeven, kan ook toegang bestaan tot de Wlz indien sprake is van een dreigende verwaarlozing of dreigend gevaar dat iemand zich maatschappelijk te gronde richt.

Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan. Hiervoor is onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal nodig, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Met de huidige technologische ontwikkelingen is de verwachting dat dit toezicht steeds vaker met camera's op afstand zal plaatsvinden. Ook bij nachtelijk toezicht. Welke eisen stelt de Staatssecretaris hieraan? Hoeveel personeel moet er 's nachts beschikbaar zijn op locatie bij een groep om bij escalatie of ontsporing van gedrag in te grijpen? Is de Staatssecretaris van mening dat het dragen van een alarmkastje een vorm van 24 uur per dag zorg in de nabijheid is?

Het is op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen de verantwoordelijkheid van de instelling om verantwoorde zorg te bieden. Het is de IGZ die hierop toezicht houdt. De specifieke situatie is bepalend ter beantwoording van de vraag op welke wijze gebruik kan worden gemaakt van technologische ontwikkelingen om invulling te geven aan verantwoorde zorg. Het gaat hierbij veelal om een combinatie van fysieke aanwezigheid en gebruik van technologie. Als het gaat om de hoeveelheid personeel die nodig is, is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om daar op verantwoorde wijze invulling aan te geven. Dat kan, afhankelijk van de omstandigheden, op verschillende manieren. Voor de verpleeghuizen wordt daarvoor op dit moment een leidraad ontwikkeld.

Wat wordt verstaan onder de beschikbaarheid van zorg en toezicht 24 uur per dag in de nabijheid, wanneer iemand met een Wlz-indicatie kiest om zelfstandig in de eigen woning te blijven wonen? Kan de Staatssecretaris hier minimaal drie voorbeelden van geven? Wat wordt verstaan onder en is een acceptabel tijdsbestek voor tijdig ingrijpen in de thuissituatie bij de beschikbaarheid van zorg en toezicht van 24 uur per dag in de nabijheid om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen? Welke afstand is acceptabel voor de nabijheid van zorg en toezicht 24 uur per dag om ernstig nadeel van de verzekerde te voorkomen? Het beleid is erop gericht ook mensen met een zwaardere zorgvraag zoveel mogelijk thuis te houden. Welke concrete acties zijn er op dit moment om dit te bewerkstelligen? Zijn er concrete bouwplannen voor seniorenwoningen/beschutte woonvormen? Zo ja, welke? Is het tekort aan seniorenwoningen afgenomen?

De toegang tot de Wlz op basis van 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht kan niet worden afgemeten aan het aantal keren per dag dat poolshoogte moet worden genomen of het vastleggen van de precieze afstand tussen zorgvrager en zorgverlener. Het gaat om een beoordeling van de zorgbehoefte waarbij de dagelijkse controle slechts een onderdeel is van de totale zorgbehoefte. Dit is aan het oordeel van de indicatiesteller, die veelal een achtergrond heeft als zorgprofessional. Enkele keren per dag een gepland bezoek afleggen bij een verzekerde is niet voldoende voor toegang tot de Wlz. Zoals eerder aangegeven: er moet sprake zijn van een ernstig nadeel.

De afstand van de nabijheid is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, zijn woon- en leefomgeving en de aanwezigheid van mantelzorgers of een sociaal netwerk. Om langer thuis te kunnen wonen is goede zorg in de wijk nodig, zorg meer in de nabijheid van de cliënt. De hervorming van de langdurige zorg is er juist op gericht deze zorg te verbeteren en dat mensen langer thuis kunnen wonen. Ten aanzien van de vraag naar wonen en zorg geldt dat dit een opgave is die per regio kan verschillen. Onder meer het Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen onder leiding van de heer Norder is bezig om regio's aan te spreken waar een grote opgave ligt in de aansluiting tussen woon- en zorgbehoeften en er geen overleg hierover

tot stand komt. De aanpak hiervan heb ik samen met de Minister voor Wonen en Rijksdienst een Transitieagenda langer zelfstandig wonen opgesteld en uitwerkt (brief is op 4 juni 2014 aan u verzonden, Kamerstuk 32 847, nr. 121). Binnenkort ontvangt u een vervolgrapportage. Of er concrete bouwplannen zijn wordt door het ministerie niet bijgehouden. De ontwikkeling van het aantal voor ouderen gerealiseerde geschikte woningen en de verwachte tekorten of overschotten is te vinden in de Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT). Deze verschijnt om de drie jaar. De meest recente monitor is verschenen in 2013 en is gebaseerd op gegevens van 2012. In 2016 ontvangt uw Kamer een nieuwe Monitor.

Klopt het dat er op dit moment een continuïteitsprobleem in de zorgverlening ontstaat bij mensen die intramurale herstelzorg nodig hebben? Wordt er op dit moment onnodig gebruik gemaakt van dure ziekenhuisbedden omdat er niet genoeg verpleeg/verzorgingsplekken zijn? Op welke wijze gaat de Staatssecretaris deze zorg garanderen? Waar gaat de Staatssecretaris deze mensen plaatsen?

Intramurale herstelzorg maakt onderdeel uit van eerstelijns verblijf. Tijdens de behandeling van de Wlz in uw Kamer in september 2014 is door een amendement van het lid Dik-Faber bewerkstelligd dat het eerstelijns verblijf in 2015 is opgenomen in een afzonderlijke subsidieregeling Wlz. Vanaf dat moment is met alle betrokken partijen in een aantal maanden gewerkt aan realisatie van het amendement Dik-Faber[1] en is de subsidieregeling op 19 december 2014 vastgesteld. Voor deze zorg is in 2015 € 96 miljoen beschikbaar, waarvan het Zorginstituut Nederland in een eerste ronde € 86 miljoen heeft verdeeld onder de Wlz-uitvoerders. Op basis van de declaraties over de eerste vier maanden van 2015 verdeelt het Zorginstituut de resterende € 10 miljoen. Ik krijg zowel van aanbieders als van Wlz-uitvoerders signalen dat het kader voor de Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015 zou knellen. Het Zorginstituut heeft eind mei met Wlz-uitvoerders afspraken gemaakt over de aanvraagprocedure voor de verdeling van de aanvullende subsidie van € 10 miljoen. Wlz-uitvoerders dienen hun aanvragen voor aanvullende subsidie in voor 1 juli 2015. In deze aanvragen geven de Wlz-uitvoerders, op basis van de declaraties over de eerste vier maanden van 2015, aan wat de prognose is voor de benodigde zorg in de resterende maanden van 2015. Pas na ontvangst van alle aanvragen voor aanvullende subsidie door het Zorginstituut zijn er voldoende kwantitatieve gegevens beschikbaar op basis waarvan de resterende € 10 miljoen verdeeld kan worden en een conclusie getrokken kan worden of er sprake is van achterblijvende financiering van deze zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen ook hoeveel mensen die voor intramurale herstelzorg in aanmerking komen, nu al geïndiceerd worden voor de veel duurdere geriatrische revalidatiezorg en herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

VWS heeft hierover geen cijfers. Intramurale herstelzorg (eerstelijns verblijf) en geriatrische revalidatiezorg zijn verschillende zorgvormen, waarvoor verschillende verwijs- en indicatieprocedures gelden.

Van Patiëntenfederatie NPCF hebben de leden van de PVV-fractie begrepen dat er problemen zijn met het afgeven van spoedindicaties Wlz bij mensen die voorafgaand aan de spoedsituatie geen Wlz-indicatie hadden. Deze mensen krijgen moeilijk toegang tot zorg met verblijf terwijl het hier een spoedindicatie betreft. Wordt het knelpunt herkend dat een

[1] Dik-Faber: tijdelijke financiering van kortdurende eerstelijns verblijf door middel van een subsidie op grond van de Wlz, Kamerstuk 33 891, nr. 132.

regeling voor spoed in de reguliere Wlz en de subsidieregeling eerstelijns verblijf ontbreekt waardoor het moeilijk is voor cliënten om in een acute situatie snel goed terecht te kunnen? Welke knelpunten zijn er nog meer die tot terughoudendheid bij zorgaanbieders leiden en die snelle (tijdelijke) levering van zorg belemmeren? Wat wordt er gedaan om de afstemming tussen bovengenoemde regelingen te verbeteren zodat cliënten snel op de goede plek terecht kunnen? Bieden de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 voldoende ruimte voor waar nodig snelle tijdelijke levering van zorg?

De leden van de PVV-fractie hebben van de NPCF de vraag ontvangen of een regeling voor spoedzorg in de reguliere Wlz en de subsidieregeling eerstelijns verblijf ontbreekt. Dat is niet het geval. Beide regelingen voorzien in mogelijkheden voor acute inzet van zorg. Voor cliënten bij wie acuut een situatie ontstaat waarin sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid is in artikel 3.2.4 van het Besluit langdurige zorg (Blz) een regeling voor «bijzondere omstandigheden» opgenomen. In de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 is dit nader uitgewerkt. Een voorbeeld van bijzondere omstandigheden kan zijn dat een verzekerde reeds zorg ontvangt. Het gaat dan om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde levenslang en levensbreed is aangewezen op Wlz-zorg. Indien iemand wegens «bijzondere omstandigheden» al zorg ontvangt voordat een indicatiebesluit is afgegeven, geeft het CIZ binnen twee weken een besluit af.
Is de betrokkene inderdaad aangewezen op Wlz-zorg, dan werkt het indicatiebesluit gedurende die twee weken terug.

De subsidieregeling eerstelijns verblijf is aan de orde als het gaat om een tijdelijke behoefte van de verzekerde aan medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Voor de subsidieregeling eerstelijns verblijf indiceert het CIZ. De startdatum van een positief besluit voor eerstelijns verblijf is gelijk aan de aanvraagdatum of maximaal 5 dagen daarvoor, als de zorg eerder is gestart.
De PVV vraagt of de beleidsregels indicatiestelling Wlz voldoende ruimte voor snelle tijdelijke levering van zorg. Zoals hierboven is beschreven biedt de Wlz mogelijkheden voor acute inzet van Wlz-zorg in bijzondere omstandigheden. In de beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 zijn deze bijzondere omstandigheden uitgewerkt.
De PVV vraagt of er nog meer knelpunten zijn die tot terughoudendheid bij zorgaanbieders leiden en die snelle (tijdelijke) levering van zorg belemmeren. Hierover zijn ook mondelinge vragen gesteld op 19 mei 2015 door het lid Krol (50Plus)(Handelingen II 2014/15, nr. 84, item 2). Ik heb als antwoord op de mondelinge vragen een toezegging gedaan om deze signalen te onderzoeken. In de voortgangsrapportage hervorming langdurige zorg van juni ben ik hierop nader ingegaan (Kamerstuk 34 104, nr. 63). Volledigheidshalve verwijs ik u naar de voortgangsrapportage.
De PVV vraagt ook wat wordt er gedaan om de afstemming tussen Wlz en de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 te verbeteren zodat cliënten snel op de goede plek terecht kunnen. De positionering van eerstelijns verblijf in een aparte subsidieregeling naast de Wlz en Zvw is een tijdelijke positionering. Partijen zijn van mening dat deze zorg een plaats moet krijgen in de Zvw. In mijn brief van 16 juni jongstleden[2] heb ik inhoudelijk gereageerd op de adviezen van het Zorginstituut en de NZa en duidelijkheid gegeven over de positionering van eerstelijns verblijf vanaf 2016. Ik heb aangegeven dat ik voor de bekostiging van het eerstelijns verblijf het advies van de NZa opvolg om de subsidieregeling in 2016 voort te

[2] Kamerstuk 34 104, nr. 60.

zetten onder de Zvw. Op de onderbrenging in de Zvw vanaf 2017 ben ik in voornoemde brief uitvoerig ingegaan. Ook in 2016 is feitelijk tijdelijk nog sprake van drie domeinen waar tussen afstemming plaats moet vinden, nl. Wlz, Zvw en subsidieregeling eerstelijns verblijf. Ik vind het gewenst dat de juiste cliënt op het juiste moment op de juiste plaats terechtkomt. Waar voor 1 januari 2015 naar één domein (AWBZ) werd doorverwezen voor een acute opname moeten verwijzers (zoals transferverpleegkundigen, klinisch-geriaters en huisartsen) nu een weloverwogen inschatting maken of de acute opname aan de orde is in de Wlz (bij een blijvende zorgbehoefte), in eerstelijns verblijf (bij een tijdelijke behoefte aan medisch noodzakelijk verblijf) of acute zorg binnen de Zvw (ziekenhuis, geriatrische revalidatie)
Voor wat betreft indicatiestelling van eerstelijns verblijf is de rol van het CIZ een tijdelijke. Bij positionering van eerstelijnsverblijf in de Zvw geen sprake meer is van indicatiestelling door het CIZ. De inspanningen zijn er ook op gericht om met het veld te komen tot een breed gedragen afwegingsinstrument voor eerstelijns verblijf. Verenso (de koepelorganisatie van de specialisten ouderengeneeskunde) is dit aan het ontwikkelen. Hiermee wordt de huisarts ondersteund in de vraagverheldering en zorgtoewijzing van het eerstelijns verblijf. Rond 1 juli is een eerste concept van het afwegingskader gereed, dat in oktober 2015 definitief zal worden afgerond.

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is bepaald op maximaal drie jaar. Hoe is de Staatssecretaris tot deze conclusie gekomen? Hoe zijn de resultaten uit het Experiment Regelarme Instellingen (ERal) met de indicaties afgegeven voor onbepaalde tijd hierin meegenomen? Welke gevolgen heeft dit voor de bureaucratie?

Ik moet constateren dat uw vragen berusten op een misverstand. In de Wlz is er sprake van een onbepaalde geldigheidsduur van een indicatiebesluit. Het is overigens wel zo dat voor specifieke situaties indicatiebesluiten met een bepaalde geldigheidsduur worden afgegeven, onder andere voor de duur van drie jaar, maar dat heeft te maken met de speciale omstandigheden van de cliënt die rechtvaardigen dat er opnieuw naar de situatie van de cliënt wordt gekeken om te kunnen beoordelen of de ingezette zorg effect heeft op diens situatie. Ik verwijs naar mijn beantwoording van de SP-fractie in deze.

De leden van de fractie van de PVV vragen mij aan te geven hoe het de instellingen vergaat die in het verleden het mandaat hebben gekregen om zelf (her)indicaties te stellen en wat er voor hen is veranderd met ingang van 1 januari 2015. Worden andere instellingen in de gelegenheid gesteld de ERal werkwijze over te nemen? Zo nee, waarom niet, zo vragen zij zich af. En ten slotte vragen deze leden waarom zij zes weken moeten wachten op een besluit van het CIZ.

De toegang tot de Wlz wordt door het CIZ bepaald. Op deze regel is één uitzondering gemaakt voor de ERal aanbieders die indiceerden voor intramurale zorg, nu dus Wlz-zorg. Zij zijn in de gelegenheid gesteld hun werkwijze te continueren in 2015.
Al voor er geëxperimenteerd werd (ERal) met vormen van gemandateerde indicatiestelling, waren zorgaanbieders in de gelegenheid om gemandateerd te indiceren. In het kader van ERal is daaraan voor sommige aanbieders een uitbreiding gegeven. Een deel van de ERal-zorg is overigens overgegaan naar de Wmo en de Zorgverzekeringswet. Sinds 1 januari 2015 kan niet meer op grote schaal in mandaat worden geïndiceerd. Met ingang van dit inwerkingtreding van de Wlz is er vooralsnog voor gekozen om niet met mandaat te gaan werken. De vier verschillende nieuwe wettelijke domeinen zijn sinds begin dit jaar

daadwerkelijk gevormd en het is nu zaak dat in elk van die domeinen een eigen manier van toelating tot die domeinen te creëren.

De leden van de PVV-fractie vragen wat de definitie is van verdragsgerechtigden die het Ministerie van VWS hanteert en hoeveel verdragsgerechtigden op dit moment gebruikmaken van de Wlz.

In het kader van de Regeling houdende beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015 worden met verdragsgerechtigden bedoeld: in het buitenland wonende personen die Wlz-verzekerd zijn (bijv. grensarbeiders) of met toepassing van Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van het sociale zekerheidsstelsel of een in door Nederland met een of meer staten gesloten verdrag betreffende de sociale zekerheid, tijdens een verblijf in Nederland recht hebben op Zvw- en Wlz-zorg. Tot die laatste categorie behoren in een andere EU-lidstaat wonende gezinsleden van werknemers/grensarbeiders en Nederlands gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden.
Het gaat om 28 personen die (d.d. 27 mei 2015) als verdragsgerechtigden Wlz-zorg ontvangen. Negen personen daarvan hebben een tijdelijk recht op Wlz-zorg in het buitenland op grond van het overgangsrecht vanuit de AWBZ.

Kan de Staatssecretaris een overzichtelijk schema aanleveren van de nieuwe zorgprofielen met daarbij de leveringsvormen, uren en kosten, zo vragen de leden van de PVV-fractie.
De zorgprofielen zijn vastgelegd in Bijlage A. bij artikel 2.1 van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels inzake de Wet langdurige zorg (Regeling langdurige zorg). Zoals reeds vermeld, worden in de zorgprofielen geen uren zorg tot uitdrukking gebracht.
In het onderstaande wordt voor de diverse zorgprofielen de tarieven voor de diverse leveringsvormen vergeleken. Voor de overzichtelijkheid en vergelijkbaarheid zijn hierbij de prijzen weergegeven exclusief kapitaallasten, behandeling en dagbesteding. De tarieven voor de (SG)LVG- en GGZ B-pakketten zijn buiten beschouwing gelaten omdat hierbij behandeling en de overige vormen van zorg te veel met elkaar zijn verweven.
Bij het vergelijken van de prijzen van de diverse leveringsvormen moet worden bedacht dat er verschillen zijn tussen datgene dat is inbegrepen. Het pgb en het MPT kennen bijvoorbeeld geen vergoeding voor de verblijfscomponent (hotelmatige kosten zoals eten en drinken, onderhoud, welzijnsprogramma etc.). In de hoogte van het pgb is wel een vergoeding opgenomen voor het schoonmaken van het huis. Voor de zorgcomponent (individuele begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging) geldt dat deze in euro's even hoog is in elk van de leveringsvormen.

Tabel X: prijzen bij diverse leveringsvormen

Tarieven 2015 exclusief kapitaallassten, behandeling en dagbesteding	Intramuraal ZZP per jaar (maximumtarieven NZa-beleidsregel CA-BR-1507b)	VPT per jaar (maximumtarieven NZa-beleidsregel CA-BR-1509b)	pgb per jaar (toekennningstabel 2015 Zorginstituut)	MPT per jaar (pgb tarief -/- € 3.357 voor huishoudelijke hulp; gaat via gemeente)
VV 4	€ 42.800	€ 41.600	€ 34.700	€ 31.300
VV 5	€ 58.800	€ 57.400	€ 47.000	€ 43.700
VV 6	€ 58.900	€ 57.400	€ 47.000	€ 43.700
VV 7	€ 69.200	€ 67.400	€ 58.900	€ 55.600
VV 8	€ 80.700	€ 78.300	€ 70.300	€ 67.000
VV 9b	€ 57.300	€ 55.900	€ 45.100	€ 41.700
VV 10	€ 88.300	€ 85.500	€ 76.600	€ 73.200
VG 3	€ 35.800	€ 34.500	€ 27.600	€ 24.300
VG 4	€ 40.700	€ 39.100	€ 31.900	€ 28.600
VG 5	€ 49.100	€ 47.100	€ 42.700	€ 39.300
VG 6	€ 46.500	€ 44.700	€ 36.600	€ 33.200
VG 7	€ 60.400	€ 57.900	€ 53.000	€ 49.700
VG8	€ 58.700	€ 56.300	€ 48.800	€ 45.500
LG 1	€ 32.700	€ 31.500	€ 26.000	€ 22.600
LG 2	€ 43.400	€ 41.700	€ 34.200	€ 30.900
LG 3	€ 38.000	€ 36.600	€ 28.300	€ 24.900
LG 4	€ 44.100	€ 42.400	€ 34.200	€ 30.900
LG 5	€ 52.200	€ 50.100	€ 41.200	€ 37.900
LG 6	€ 57.400	€ 55.000	€ 49.600	€ 46.200
LG 7	€ 64.100	€ 61.400	€ 55.500	€ 52.100
ZG-aud1	€ 38.800	€ 37.300	€ 27.600	€ 24.300
ZG-aud2	€ 76.200	€ 73.000	€ 63.900	€ 60.500
ZG-aud3	€ 88.900	€ 85.100	€ 80.000	€ 76.700
ZG-aud4	€ 56.900	€ 54.600	€ 47.300	€ 43.900
ZG-vis 1	€ 25.900	€ 25.000	€ 18.800	€ 15.400
ZG-vis 2	€ 38.600	€ 37.100	€ 30.600	€ 27.300
ZG-vis 3	€ 47.300	€ 45.400	€ 38.200	€ 34.900
ZG-vis 4	€ 60.100	€ 57.600	€ 51.700	€ 48.300
ZG-vis 5	€ 66.100	€ 63.400	€ 57.600	€ 54.300

De PVV-fractie vraagt hoeveel indicaties er tot op heden zijn vastgesteld in een persoonlijk gesprek. Hoeveel telefonisch en hoeveel enkel op basis van ingevulde formulieren? Het was toch de bedoeling dat «alle» indicaties face tot face zouden worden vastgesteld? Waarom is hiervan afgezien?

De leden van de PVV-fractie informeren naar de hoeveelheid indicatiebesluiten die na een persoonlijk gesprek zijn afgegeven. Daarover kan ik berichten dat 64% van alle aanvragen voor een Wlz indicatiebesluit tot stand is gekomen na een persoonlijk (zicht-)contact met de aanvrager. De overige aanvragen zijn afgehandeld door middel van een telefonisch contact.

In de genoemde vierpuntschaal wordt gesproken over hulp. De leden van de PVV-fractie vragen of het hier professionele hulp betreft.

Bij de beoordeling van de mate van hulp gaat het om de zorgbehoefte die de cliënt op basis van zijn eigen aandoeningen nodig heeft. Wie deze hulp levert en hoe deze wordt ingevuld, maakt geen deel uit van het indicatie-onderzoek.